

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1976 - N° 362

**A CHACUN SON HOPITAL DE NUIT
BILAN D'UNE EXPERIENCE DE 9 ANS
A L'INTERIEUR D'UN SERVICE
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 30 Septembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

José-Anne LYASSE

née le 13 Juin 1943

à SAINT-JULIEN (Haute-Savoie)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1976 - N° 362

**A CHACUN SON HOPITAL DE NUIT
BILAN D'UNE EXPERIENCE DE 9 ANS
A L'INTERIEUR D'UN SERVICE
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 30 Septembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

José-Anne LYASSE

née le 13 Juin 1943

à SAINT-JULIEN (Haute-Savoie)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. LYON-NORD

Année 1976 - 1977

A CHACUN SON HOPITAL DE NUIT
BILAN D'UNE EXPÉRIENCE DE 9 ANS
A L'INTERIEUR D'UN SERVICE
DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 30 Septembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

José-Anne LYSSE

née le 13 Juin 1953

à SAINT-JULIEN (Haute-Savoie)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

=====

Président de l'Université : Mr le Pr D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Mr le Pr E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Mr P. PONCET, Maître Assistant
Troisième Vice-Président : Mr H. BONNET, Etudiant.
Secrétaire Général : Mr J. RAMBAUD, Administrateur Civil.

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

Médecine - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Mr le Pr B. SALLE
ALEXIS-CARREL - Directeur : Mr le Pr C. GIROD
SUD-OUEST - Directeur : Mr le Pr J.M. ROBERT
LYON-NORD - Directeur : Mr le Pr J.P. GARIN

Biologie Humaine : Mr le Pr J.C. CZYBA

Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, Maître de Conférences agrégé

Sciences Pharmaceutiques : Mr le Pr L. ODDOUX

Sciences Odontologiques : Mr le Dr R. VINCENT

Institut Régional d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.S.

Mathématiques : Mr le Pr H. BUCHWALTER

Physique : Mr le Pr R. UZAN

Chimie et Biochimie : Mr le Pr J. HUET

Sciences de la Nature : Mr le Pr J. BRUN

Sciences Physiologiques : Mr R. FONTANGES, Maître de Conférences agrégé

Observatoire de LYON : Mr le Pr J.G. BIGAY

Physique Nucléaire : Mr le Pr A. SARAZIN

Mécanique : Mr le Pr J. MATHIEU

I.U.T. n° 1 : Mr le Pr B. POUYET

I.U.T. n° 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

Examineurs de la thèse

Président : Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Assesseeurs : Monsieur le Professeur Agrégé M. COLIN
Monsieur le Professeur Agrégé J. VEDRINNE
Monsieur le Professeur Agrégé DEVILLARD
Monsieur le Docteur M. MARIE-CARDINE
Monsieur le Docteur P. DUBOR

A MES PARENTS

A CEUX QUI SAVENT CE QUE JE LEUR DOIS

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Au cours d'une année passée dans votre service nous avons admiré votre intuition clinique et votre grande compréhension du malade. Vous nous avez fait confiance dans l'élaboration de ce travail, nous vous en remercions. Nous vous sommes très reconnaissante d'avoir accepté la présidence de ce jury.

Monsieur Le Professeur Agrégé M. COLIN

Sa rigueur de jugement en fait un maître redoutable. Nous regrettons de n'avoir pu bénéficier de son enseignement. Nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur Le Professeur Agrégé J. VEDRINNE

Vous avez toujours su nous accueillir avec bienveillance et vous intéresser à notre travail. Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur Le Professeur Agrégé DEVILLARD

Nous le remercions de nous avoir reçu si aimablement et d'avoir bien voulu s'intéresser à notre travail.

Monsieur le Docteur M. MARIE-CARDINE

Sa grande disponibilité et ses qualités d'organisation nous ont beaucoup aidé dans notre travail. Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur P. DUBÔR

Vous nous avez beaucoup appris dans le mode d'appréhension du malade. Ce travail vous doit beaucoup. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueux attachement.

- A L'EQUIPE SOIGNANTE DES "TERRASSES C"

- AUX INFIRMIERS ET INFIRMIERES des Services du Professeur
GUYOTAT et du Professeur GIRARD

Sans eux ce travail n'aurait pu se faire.

- AUX MALADES

*Pour tout ce qu'ils m'ont appris et
m'apprendront.*

PLAN DE L'ETUDE

I - INTRODUCTION

II - APERCU HISTORIQUE

III - POURQUOI L'HOPITAL DE NUIT

- L'hôpital psychiatrique
- L'hôpital de nuit
- La réadaptation

IV - L'HOPITAL DE NUIT A L'HOPITAL DU VINATIER

- Mise en place administrative
- Bilan général 1966-1975

V - BILAN CLINIQUE ET STATISTIQUE A L'INTERIEUR D'UN SERVICE 1966-1975

- Etude chiffrée générale
- Bilan clinique

VI - REFLEXIONS SUR L'HOPITAL DE NUIT

VII - CONCLUSIONS

INTRODUCTION

L'hôpital psychiatrique a souvent été remis en question, critiqué, à une époque où tous les regards se tournent vers l'extérieur et se détournent des structures figées. "L'hôpital de nuit" est né au sein de l'institution psychiatrique pour permettre au malade de s'adapter plus rapidement à la vie extérieure. Il représente comme les hôpitaux de jour, de week-ends, un assouplissement du régime d'hospitalisation très rigide jusqu'aux années 1955-1960. Ce fut un élargissement de l'éventail des soins mis à la disposition des malades en fonction des circonstances, une ouverture de la psychiatrie vers la communauté témoignant d'une évolution de l'attitude de la société vis-à-vis de la maladie mentale.

L'hôpital de nuit accueille le malade en fin de journée alors qu'il a pu soit se rendre à son travail dans la journée, soit réintégrer son domicile ou un autre lieu. Cette modalité d'hospitalisation peut être envisagée d'une part comme une mesure purement d'Assistance Sociale pour les malades sans domicile, sans famille, d'autre part comme une mesure thérapeutique insistant sur le temps de prise en charge thérapeutique du soir, de la nuit, moment pendant lequel on favorisera et on acceptera la régression du malade, régression limitée dans le temps avec le lendemain un retour à la vie extérieure.

Nous nous proposons donc de faire par cette étude un bilan de cette modalité d'hospitalisation partielle mise en place à l'hôpital du Vinatier depuis 1966.

Nous commencerons cette étude par un rapide aperçu historique de l'évolution de l'hospitalisation en psychiatrie et de la place de l'hôpital de nuit, puis nous essayerons de comprendre pourquoi mettre des malades en hôpital de nuit et dans quel but.

Nous parlerons ensuite de la mise en place à l'hôpital du Vinatier avant d'aborder un bilan clinique et statistique à l'intérieur d'un service depuis les premières expériences. Au cours de ce chapitre nous détaillerons quelques observations.

Nous terminerons cette étude par une réflexion sur cette pratique, sur sa signification au cours d'une hospitalisation et sur les problèmes posés au sein de l'institution.

APERCU HISTORIQUE

PLACE DE L'HOPITAL DE NUIT DANS L'EVOLUTION DE L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Il a fallu attendre les années 1930 pour que la fonction psychiatrique perde son rôle ségrégatif pour un rôle thérapeutique.

L'ouverture de la psychiatrie sur la communauté a débuté en Union Soviétique en 1932 avec le travail de DZHAGAROV qui a mis au point des formes thérapeutiques nouvelles pour pallier le manque de lits et de personnel. Il proposa une nouvelle solution : "hospitalisation semi-permanente, ne faisant venir les malades que pendant la journée de travail et les laissant le reste du temps dans leur atmosphère familiale habituelle".

Les Anglo-Saxons ont démarré leurs expériences d'hôpitaux de jour après la deuxième guerre mondiale en 1946 dans des conditions semblables : encombrement des hôpitaux psychiatriques et augmentation de la demande de soins : CAMERON à Montréal et BIERER à LONDRES. Les hôpitaux de nuit ont pris naissance dans les hôpitaux de jour. En 1952, BIERER à l'hôpital de jour de MARLBOROUGH, en 1954 MOLL à l'hôpital de jour de Montréal où l'hôpital de nuit devenait le prolongement de l'hôpital de jour convenant particulièrement à des malades travaillant à l'extérieur et sans famille.

En France, en 1948, SIVADON et LE GUILLANT à VILLEJUIF créent un centre de traitement et de réadaptation sociale. LE GUILLANT écrit en 1952 dans L'EVOLUTION PSYCHIATRIQUE : "L'hôpital psychiatrique n'est ni un village, ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions. Le malade n'est pas un membre de cette fausse communauté, imposée, factice et éphémère. Il doit certes participer à des groupes humains réels, auxquels il appartient et continue d'appartenir : sa famille et ses amis, son village et son pays son syndicat ou son parti".

Le souci constant de réadaptation du malade au sein de la société amène les pays industrialisés à adopter une théorie d'ensemble des soins aux malades mentaux en 1960. En France ce sera la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 : "le lieu de traitement n'est plus l'institution spécialisée, mais le milieu de vie du malade" et la mise en place de la politique de sectorisation : dispensaire, hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, hospitalisation à domicile.

Cette évolution des modalités de prise en charge du malade mental est due à plusieurs facteurs :

- Facteurs socio-économiques dont nous avons déjà parlé :

La demande de soins augmente, les hôpitaux sont encombrés ; on cherche à rendre le plus grand nombre possible de personnes à la vie active, en se rendant compte de plus de l'intérêt économique de la prévention. Enfin on a depuis la fin de la seconde guerre mondiale un souci plus grand de la liberté individuelle.

- L'apport des Sciences Sociales et de la Psychanalyse

avec la découverte de la dimension sociale du phénomène psychopathologique. La critique des institutions psychiatriques traditionnelles mettant en évidence la nocivité de la séparation totale du malade et de son milieu avec le risque de rejet ultérieur, le risque de chronicité à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique par une résistance du groupe au changement, ont fait rechercher d'autres formes de thérapeutiques et ont abouti à une diffusion de l'espace thérapeutique de l'hôpital jusqu'au cadre naturel du malade.

Toute cette évolution a été bien sûr favorisée par l'avènement de la chimiothérapie en 1952.

En France les travaux consacrés exclusivement à l'hôpital de nuit sont rares. Les expériences dont nous avons pu avoir connaissance ont débuté en 1961-1962 au centre psychiatrique de l'Allier par H. DU COUEDIC et en 1963 à Montpellier par le Pr. MINVIELLE avec comme idée principale la réadaptation et la réinsertion sociale du malade. Ce sont surtout des comptes-rendus d'expériences : "le travail salarié en hôpital de nuit" H. DU COUEDIC, l'hôpital se chargeant de placer le malade chez l'employeur. Nous ferons état également du travail de G. BENOIT et J.C. NATIN en 1968 "Hospitalisation de nuit démission ou thérapeutique" où les auteurs s'interrogent sur l'utilisation de l'hospitalisation de nuit.

POURQUOI L'HOPITAL DE NUIT ?

Pourquoi faire revenir le soir un malade capable de passer la moitié de sa journée à l'extérieur et capable même de travailler et de se livrer à des activités de loisirs ? Nous essayerons dans ce chapitre de répondre à cette question.

Nous rappellerons tout d'abord ce qu'est le lieu de l'hospitalisation de nuit - l'hôpital psychiatrique - compte-tenu que dans les travaux que nous avons lus et d'après notre expérience il n'est question d'hôpital de nuit qu'à l'intérieur de l'institution psychiatrique - puis nous étudierons l'hôpital de nuit en tant que modalité particulière d'hospitalisation partielle.

1 - L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

L'asile a ouvert ses portes, il est devenu institution de soins, recueillant un temps le malade pour lui permettre dans un second temps de reprendre sa vie à l'extérieur.

Tout d'abord l'hôpital retransmet le malade de la société qui devient incapable de s'occuper de lui dans son environnement propre. Pour le malade, il devient le lieu privilégié où il voit sa souffrance reconnue, où il a la possibilité de regresser et où il est même là pour ça : on lui offre un lit, des vêtements pour la nuit et très souvent on le fait dormir.

Mais l'hôpital ne doit pas seulement être ce lieu de repli où le malade vient un temps chercher une mise à l'abri des conflits extérieurs, une sécurité, car elle ferait du malade un assisté à vie, un chronique. Elle entretiendrait la rupture entre le malade et son milieu environnant, le désadaptant progressivement de la réalité extérieure.

Ce risque de CHRONICITE l'hôpital le porte en lui d'une part parce qu'il représente une structure trop enveloppante empêchant l'acquisition de l'autonomie, d'autre part parce que trop grand, il engendre l'inertie, le refus du changement, refus partagé par l'ensemble des soignés et des soignants.

Pour être thérapeutique l'institution psychiatrique doit donc s'efforcer de conserver une certaine DYNAMIQUE, ne pas se contenter de recevoir et d'accepter la souffrance du malade, son désir de se faire prendre en charge. Elle doit être à la fois enveloppante, sécurisante facilitant la régression et frustrante permettant la reconnaissance de la réalité extérieure et l'acquisition de l'autonomie.

Nous ferons à ce propos un rappel de la dynamique de la relation qui s'établit entre le nourrisson et sa mère que nous mettrons en parallèle avec la relation du malade au sein de l'hôpital et qui nous servira de fil conducteur.

LE NOURRISSON ET LA MERE

Nous nous servons dans ce paragraphe plus particulièrement de travaux de D.W. WINNICOTT et de son concept de "PHENOMENES TRANSITIONNELS".

A l'origine, la relation entre le nourrisson et sa mère est une relation de type fusionnelle. Il n'existe pas de séparation entre lui et son entourage, les échanges sont perçus comme une "expansion de son être". L'adaptation de la mère - quand celle-ci est suffisamment bonne - aux besoins de l'enfant permet au bébé d'avoir l'illusion que son sein à elle est une partie de lui. La tâche ultime de la mère est de désillusionner progressivement l'enfant, mais elle ne peut réussir que si elle s'est d'abord montrée capable de donner la possibilité suffisante d'illusion.

L'adaptation active de la mère diminue progressivement à mesure que chez l'enfant s'accroît la capacité de tolérer cette frustration. Si tout se passe bien l'enfant peut bénéficier de l'expérience de la frustration : - expérience qu'il fait à plusieurs reprises, limitée dans le temps et de très courte durée - une adaptation incomplète au besoin rend les objets réels. Ce sera l'alternance séparation-retour avec la satisfaction du retour apporté par la nourriture, le sein, le lait et les soins corporels. Cette mise en place de la réalité extérieure sera la première manifestation de l'autonomisation du moi séparé peu à peu du milieu environnant.

Pour WINNICOTT cependant il n'existe pas de séparation vraie d'avec la réalité extérieure, mais une continuité, une "aire intermédiaire" ou encore "phénomènes transitionnels", que plus tard il appellera "ESPACE POTENTIEL" entre l'enfant et sa mère. Ces phénomènes transitionnels englobent tout ce que l'enfant peut tenir dans ses mains, les sons qu'il peut émettre, les activités de jeu qu'il peut avoir. Il arrive que l'enfant choisisse plus particulièrement un objet qui prendra une importance vitale, dont il ne se séparera plus : ce sera "l'objet transitionnel". Quand la mère s'absente l'enfant est rassuré par la présence de l'objet transitionnel. Lors de la petite enfance, il faut que cette aire intermédiaire existe pour qu'une bonne relation s'instaure entre soi et le monde.

Citons WINNICOTT dans "JEU ET REALITE" qui suppose que "l'acceptation de la réalité est une tâche sans fin et que nul être humain ne parvient à se libérer de la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et de la réalité du dehors ; nous supposons aussi que cette tension peut être soulagée par l'existence d'une aire intermédiaire d'expérience qui n'est pas contestée (art, religion)".

Nous soulignerons pour terminer l'importance capitale de la relation de confiance croissante entre l'enfant et sa mère, relation de confiance qui s'est établie parce que la mère dans un premier temps s'est adaptée totalement aux besoins et désirs de l'enfant créant l'illusion. Puis par l'alternance de frustration et de gratification, l'enfant prend conscience de la réalité extérieure. Aimer pour la mère ne signifie pas seulement répondre au besoin de dépendance, mais fournir l'opportunité à l'enfant d'aller de la dépendance vers l'autonomie. Ce devra être également le souci primordial de l'équipe soignante dans l'institution psychiatrique.

2 - L'HOPITAL DE NUIT

L'hôpital a, en quelque sorte, éclaté et ce sont les hospitalisations partielles qui répondent de façon plus adaptée aux besoins des malades en fonction, bien entendu, des circonstances.

Ces hospitalisations sont partielles dans le temps : le malade vient de lui-même à l'hôpital selon un rythme et un horaire qui lui ont été proposés et qu'il a acceptés. Il est toujours question d'hospitalisation ce qui suppose une organisation des soins, aménagés en fonction du temps que passe le malade dans l'hôpital - traitement biologique, atelier, réunion de groupes, sport etc ... où la relation soignant-soigné devra être très importante et où la famille et la société intégrées au même titre relationnel assurent également un champ thérapeutique particulier.

Les hospitalisations partielles ont pour but :

- d'éviter la scission entre le malade et son milieu ambiant, l'hospitalisme, le rejet et l'abandon par la famille, la résignation du malade vis à vis de sa maladie.
- de permettre au malade un aménagement de son système relationnel. L'hospitalisation est d'autant plus partielle que le malade conserve une certaine autonomie : possibilité de travailler en hôpital de nuit, de passer toute la semaine dans sa famille à l'extérieur pour ne venir à l'hôpital que le week-end.

L'HOPITAL DE NUIT en tant que modalité particulière d'hospitalisation partielle consiste donc à permettre au malade de passer la journée à l'extérieur soit pour travailler, soit pour réintégrer sa famille et de revenir en fin de soirée à l'hôpital pour recevoir les soins qui lui sont nécessaires et pour dormir. Cette hospitalisation s'adresse à des malades suffisamment autonomes ou améliorés capables de travailler, mais pas suffisamment autonomes pour pouvoir quitter définitivement l'hôpital ou se passer complètement de son soutien.

Il y a donc deux temps dans cette hospitalisation, un temps passé dehors, un temps passé dedans. Nous allons étudier successivement ces deux temps et le lien qui existe entre les deux.

a - Le temps du dehors : temps de séparation

Après une hospitalisation totale, ce sera le temps de la reprise du travail. Au cours d'une entrée directe en hôpital de nuit ce sera la continuité du travail. Ce pourra être aussi un retour journalier dans la famille. C'est un temps souvent difficile pendant lequel le malade est en contact avec la réalité extérieure angoissante, frustrante, conflictuelle, mais aussi un temps revalorisant tel ces malades qui reprennent leur activité professionnelle au bout de nombreux mois d'hospitalisation, qui ont peur de sortir de l'hôpital, d'affronter leurs collègues, de ne pas être capables de faire leur travail, et qui au fil des jours se rendent compte qu'ils peuvent travailler et participer comme chacun à la vie de la société.

Mais ce temps du dehors n'est possible pour ces malades que parce qu'existe le temps du dedans, du retour.

b - Le temps du dedans, le temps du retour

Le temps du retour peut aider le malade :

- soit d'un point de vue MATERIEL. Pour un malade sans famille, sans logement, sans argent, l'hôpital de nuit lui permettra de travailler, de gagner de l'argent et de trouver ensuite un logement.
- le temps de retour pourra aider le malade d'un point de vue RELATIONNEL en lui offrant non plus seulement un foyer d'hébergement, mais un lieu de soins, avec la possibilité d'un aménagement plus ou moins important de son système relationnel, en améliorant ses possibilités de défense.

Ce temps d'hospitalisation limité insistera particulièrement sur la FONCTION REGRESSIVE de l'hôpital, d'autant plus importante dans ce cas que le temps d'hospitalisation se situe généralement le soir - n'oublions pas qu'il existe des veilleurs de nuit, des boulangers en hôpital de nuit qui viennent, eux, dormir pendant la journée.

LA REGRESSION n'est pas un simple retour en arrière, mais un investissement énergétique à double visée : mi-narcissique, mi-objectale. La notion de régression implique son pendant "progrédient" comme possible. C'est un phénomène dynamique qui ne peut être thérapeutique que si elle va dans le sens d'une progression. Cette régression limitée dans le temps permet au malade par sa FONCTION REPARATRICE, un RENFORCEMENT NARCISSIQUE permettant l'investissement du monde objectal. Mais cette régression doit être consentie et acceptée par le malade, sinon elle aidera à maintenir un système de vie fermé sur lui-même peu compatible avec une existence adaptée aux réalités.

L'hôpital de nuit est aussi un lieu où l'on dort et nous n'oublions pas la fonction réparatrice du SOMMEIL. Le sommeil est réparateur des fatigues, des conflits de la journée. C'est une activité régressive qui permet de retrouver un état d'harmonie entre l'individu et son environnement. Dans son sommeil, le dormeur trouve un état primitif de paix avec son environnement. Il échappe pendant un temps aux tensions inhérentes à ses relations habituelles. Dans son article sur la CURE DE SOMMEIL RACAMIER nous dit que "nul ne dort jamais seul". Le nourrisson intériorise l'image et l'amour maternels, il n'est plus jamais seul et c'est cette présence vague et diffuse qu'il emporte dans son sommeil. Cette présence intérieure se maintient chez l'adulte normal. On comprend que si la relation mère-enfant n'a pas été bonne pour l'enfant et plus tard pour l'adulte, le sommeil deviendra une aventure dangereuse. L'équipe soignante, le service par son caractère sécurisant pourra remplacer cette présence intérieure qui manque au malade et celui-ci pourra dormir en toute quiétude.

c - L'alternance dedans-dehors

Nous évoquerons enfin cette alternance journalière, répétée qui rappelle l'absence et le retour de la mère, l'école et la maison, le travail et le milieu familial.

Ces aller et retour quotidiens nécessitent chaque fois un effort d'adaptation de la part du malade, pouvant aider au ré-aménagement des relations affectives et socio-professionnelles. Les expériences vécues au-dehors pouvant être reprises dans une visée thérapeutique.

Cette alternance choisie, acceptée par le malade permet à celui-ci de supporter l'angoisse de séparation. Il ne se sent d'ailleurs pas séparé, mais relié à l'hôpital par un lien, sorte de cordon ombilical nourricier, souple à volonté. Par cette alternance, il s'établit une dynamique bi-polaire entre le temps passé auprès d'une équipe sécurisante et le temps passé à l'extérieur où la réalité est souvent frustrante, angoissante : le retour, la fonction réparatrice de la régression, le renforcement narcissique permettant un aménagement relationnel de la réalité extérieure ou d'une façon idéale un aménagement de l'organisation dynamique de la personnalité.

A la question "POURQUOI L'HOPITAL DE NUIT?" nous pensons pouvoir dire qu'il s'agit pendant un temps déterminé de donner la possibilité d'un retour aménagé à la vie extérieure tout en continuant une prise en charge thérapeutique étroite, à certains malades insuffisamment autonomes tant sur le plan matériel que relationnel. C'est un assouplissement de l'hospitalisation, une modulation du lien qui relie le malade à l'hôpital, un point d'appui, qui lui permet d'affronter la réalité extérieure en sachant qu'existe un lieu qu'il retrouvera le soir, où il peut se "réparer".

C'est un système qui devra conserver la dynamique relationnelle régression-progression sous peine de devenir une fois de plus un système figé, inefficace. C'est un moyen qui permet à certains malades une réadaptation meilleure et plus rapide à la vie extérieure.

3 - LA READAPTATION

Nous allons poursuivre ce chapitre en parlant un peu de la réadaptation puisque l'hôpital de nuit est un des moyens favorisant celle-ci, réadaptation qui est un des problèmes fondamentaux de la psychiatrie.

"la médecine mentale est surtout une médecine de la chronicité (...) La chronicité une caractéristique fondamentale de la pathologie psychiatrique"

≡ LANTERI-LAURA

Il s'agit bien quand on parle de réadaptation de lutter contre une certaine chronicité, une dépendance à l'égard d'institutions diverses qu'elles soient hospitalières ou extra hospitalières.

Les progrès des techniques de soins qu'elles soient biologiques ou psychothérapiques ont entraîné une diminution importante du nombre de chroniques dans les hôpitaux :

Le Professeur TISSOT de la Faculté de Médecine de Genève cité dans *Information Psychiatrique remarque les faits suivants : "seuls 5 % des nouvelles entrées séjournent de façon prolongée à l'hôpital, alors qu'il y a 30 ans on les estimait à 30 % et il y a 50 ans à 60 %".

Mais il reste hors des murs de l'asile bon nombre de malades anciens hospitalisés ou non, incapables d'une autonomie et que l'on peut considérer comme non réadaptés. Un rapport de l'OMS définit la réadaptation en ces termes :

"La réadaptation est un processus complexe qui a pour but de rétablir la valeur sociale de l'individu et plus particulièrement sa capacité de travail au plus niveau".

Pour éviter le risque de chronicité à l'hôpital et favoriser la réadaptation il faudra :

- éviter une trop grande rupture avec le milieu familial et socio-professionnel soit par les soins à domicile, soit par les hospitalisations partielles, enfin en rendant l'hospitalisation complète la plus courte possible.
- inciter très vivement le malade à vivre en dehors de l'hôpital en favorisant les conditions de sortie. C'est un des objectifs de l'hôpital de nuit qui permet au malade d'affronter par paliers son milieu socio-professionnel, les problèmes d'horaire, de logement parce qu'en rentrant il trouvera un milieu bon et sécurisant.

Cette réadaptation peut paraître une parente pauvre en face de la thérapeutique idéale qui entraîne une modification de l'organisation dynamique de la personnalité permettant secondairement le choix de forme de conduite adaptée, alors que la réadaptation dresse l'individu aux bonnes conduites sociales. Mais qui peut prétendre, malade ou non, échapper à cette réadaptation. Dans la réalité les objectifs thérapeutiques sont plus modestes et les différences moins nettes.

Cette réadaptation est attendue par le malade et sa famille. Un des critères de guérison sera l'aptitude ultérieure au travail. Cette aptitude au travail est l'activité fondamentale de l'homme dans nos sociétés occidentales. Citons encore un extrait du rapport de l'OMS "Réadapter un individu c'est lui rendre la meilleure place possible dans le mode du travail et par voie de conséquence dans son cadre familial et social".

Nous ne sortirons qu'un instant du cadre de cette étude pour nous demander si cette réadaptation au monde du travail d'aujourd'hui est la meilleure. Tout en ne niant point et même en reconnaissant la valeur valorisante du travail.

L'HOPITAL DE NUIT A L'HOPITAL DU VINATIER

1 - MISE EN PLACE ADMINISTRATIVE

A l'hôpital du Vinatier, l'hôpital de nuit a été la première forme d'hospitalisation partielle à voir le jour en 1965, date à laquelle on retrouve des échanges de lettres entre médecins de l'hôpital, directeur et organisme de Sécurité Sociale. Il s'agit d'établir une convention réglant les problèmes du malade travaillant en hôpital de nuit, par rapport à l'hôpital, à la Sécurité Sociale et à l'employeur.

Dans la correspondance de cette époque on note :

- le souci de ne pas privilégier le malade travaillant en hôpital de nuit par rapport au malade travaillant à l'ergothérapie et ne touchant que le pécule.
- le problème de la gratuité ou non de cette nouvelle forme de prise en charge, les médecins mettant en évidence l'importance pour le malade de participer financièrement à ses soins.
- les garanties du malade en cas d'accident de travail, de trajet, garanties prises en charge par l'employeur puisqu'il cotise à la Sécurité Sociale.
- les garanties de l'hôpital en cas d'incidents qui sont couverts par une assurance responsabilité civile qui s'avère peu différente de celle qui couvre les malades en permission.
- le problème des prix de journée.
- la durée limitée ou non de cette forme d'hospitalisation.

On distingue deux périodes depuis la mise en place effective après accord avec le conseil général du Rhône et la Sécurité Sociale en Juin et Septembre 1966.

a - Première période de 1966-1972

- la possibilité de travailler en hôpital de nuit est accordée à cinq malades par service médical plus deux malades relevant de l'aide médicale du Rhône.

- la durée est limitée à 6 semaines renouvelables une fois donc 3 mois au maximum.
- doivent être informés et donner leur accord : le chef des services administratifs de l'hôpital et le médecin-contrôleur de la Sécurité Sociale.
- les assistantes sociales ou les personnes désignées par le médecin du service percevront auprès de tous les malades en hôpital de nuit une participation financière fixée à 20 % du montant de leur salaire. Cette somme sera versée au fonds de solidarité de chaque service qui sert à "dépanner" certains malades.
- la Sécurité Sociale continue d'acquitter intégralement les frais d'hospitalisation du malade mais lui supprime les indemnités journalières sauf pour les malades travaillant à temps partiel. Les prix de journées ne sont pas modifiés.
- en 1967, on accorde à certains malades la possibilité d'être en hôpital de nuit sans être obligés de travailler : par exemple des étudiants suivant des cours.

Après deux ans d'utilisation ce mode d'hospitalisation partielle s'avère être une amélioration très importante, favorisant la réadaptation du malade à l'extérieur, lui permettant d'affronter par paliers les difficultés de la vie hors de l'hôpital : la recherche de travail, le travail par lui-même, la recherche d'un logement, les conflits familiaux.

b - Assouplissement du fonctionnement de l'hôpital de nuit après 1972

Le manque de souplesse de ce système d'hospitalisation a entraîné quelques difficultés dans les services médicaux, notamment la limitation de la durée, la participation financière du malade et le nombre restreint de malades pouvant en bénéficier.

- la limitation de la durée obligeant à réhospitaliser certains malades ne pouvant pas supporter cette mise à distance trop rapide du milieu sécurisant que représente l'hôpital.
- la participation financière se révélant difficile, à la fois pour le malade et pour les soignants qui devaient la réclamer et la percevoir. Nous examinerons plus particulièrement ce problème dans le dernier chapitre de cette étude.

On adopte donc en 1973 un fonctionnement plus souple :

- disparition de la limitation du nombre des malades.
- durée illimitée de ce mode d'hospitalisation.
- disparition de l'obligation de travailler pour être en hôpital de nuit avec, dans ce cas, la perception des indemnités journalières.

- le malade travaillant ne verse plus 20 % de son salaire au fonds de solidarité.
- modification des prix de journée selon la forme d'hospitalisation adoptée.

A titre de référence voici l'évolution des prix de journée depuis 1967 :

en 1967 : 35,40 F

en 1972 : 75,10 F

A partir de 1973 les prix de journée sont différents selon la forme de l'hospitalisation

	H. complète	H. jour	H. nuit
1973	98,35 F	91 F	75,25 F
1974	110,00 F	97,50 F	77,00 F
1976	177,75 F	161,00 F	123,00 F

au 1er janvier

L'hôpital de nuit continue de fonctionner selon les mêmes principes depuis 1973.

2 - BILAN CHIFFRE DES HOSPITALISATIONS DE NUIT SUR L'ENSEMBLE DE L'HOPITAL 1966-1975 :

Ce bilan tient compte de toutes les demandes d'hôpital de nuit, c'est un bilan du nombre de séjours et non pas du nombre de malades, car ceux-ci effectuent un ou plusieurs séjours.

1966 - 1967	68 séjour en H. nuit
1968	78
1969	217
1970	177
1971	218
1972	296
1973	319
1974	295
1975	257

Sur un total de 1825 séjours en hôpital de nuit on peut considérer que 900 malades environ ont bénéficié de cette formule entre 1967 et 1975.

Le nombre de séjours est allé en augmentant jusqu'en 1973, date à laquelle le système a été assoupli, libéré de la contrainte de la limitation de temps, de l'obligation de travailler et également de la participation aux frais. La diminution actuelle du nombre de séjours est probablement en rapport avec la diminution du nombre de malades à l'intérieur de l'hôpital, puisque pour l'ensemble de l'hôpital le pourcentage des malades en hôpital de nuit est sensiblement le même, comme nous allons le voir sur ce tableau plus précis qui fait état du nombre de malades à l'hôpital présents au 31 décembre et du nombre de malades en hôpital de nuit à cette même date.

Au 31/12	Malades présents	Malades en H.N.	%
1973	2279	41	1,8
1974	2223	37	1,6
1975	2076	51	2,4

On est un peu surpris de retrouver un pourcentage aussi faible d'utilisation de ce mode d'hospitalisation. Il faut dire aussi que l'hôpital abrite un nombre important de chroniques et surtout de vieillards qui représentent à l'intérieur des services une population statique.

Durant l'année 1975, on trouve dans les chiffres de l'administration :

- + en ce qui concerne les admissions en hôpital de nuit :
 - 5 % d'entrées directes
 - 95 % donc de malades hospitalisés dans un premier temps à "temps complet". L'entrée directe en hôpital de nuit est peu utilisée.
- + en ce qui concerne le devenir de ces malades :
 - 58 % de sorties définitives sans retour dans les 6 mois.
 - 42 % de réhospitalisation à temps complet avant 6 mois.

L'hôpital de nuit n'est qu'un rouage dans le dispositif de soins et il serait souhaitable qu'un service de suite prenne le relais : foyer protégé, foyer de post-cure, hôtel protégé, appartement de post-cure, ce qui est loin d'être réalisé sur l'ensemble de la région lyonnaise.

ETUDE STATISTIQUE ET CLINIQUE SUR UN SERVICE DE L'HOPITAL

Après description sommaire du service, nous ferons une étude numérique de l'hospitalisation de nuit depuis 1966 avec un essai comparatif des différentes formes d'hospitalisations partielles : hôpital de jour, hospitalisation alternante, hospitalisation de nuit. Puis nous établirons un aperçu d'ensemble sur le devenir des malades ayant bénéficié de l'hospitalisation de nuit, nous détaillerons enfin quelques observations parmi les plus marquantes.

1 - LE SERVICE

Ce service faisant partie du C.H.U. mais situé à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique du VINATIER, se trouve implanté à la périphérie de la zone urbaine de Lyon. Les transports en commun le relient facilement au centre de la ville et n'en font pas un lieu isolé, le malade pouvant se déplacer facilement de l'hôpital à un lieu de travail ou de loisir.

En 1966, le service comprenait 5 unités de soins :

- 3 unités de femmes dont 2 services fermés et 1 service ouvert.
- 2 unités d'hommes dont une unité très surchargée par le nombre de malades et par la gravité de leur état.

Le service est sous la responsabilité d'un médecin "chef de service" de 2 chefs de clinique et de 3 attachés aux orientations thérapeutiques parfois différentes ce qui contribue à entretenir la dynamique de la marche du service.

En 1972, le service est allégé de l'importante unité d'hommes dont nous avons parlé et d'un service de femmes : service de femme fermée. D'une capacité de 240 lits en 1966, il n'offre plus que 145 lits actuellement et dessert une population de 140 000 habitants, population qui fait partie également de la périphérie de la zone urbaine de Lyon.

2 - POINT DE DEPART DE L'HOPITAL DE NUIT

L'expérience de l'hôpital de nuit a débuté très rapidement à la fin de l'année 1966 et même un peu avant son officialisation. Elle a démarré selon les modalités de la première période que nous rappelons brièvement :

- obligation de travailler
- durée limitée à 6 semaines renouvelables une fois
- participation aux frais de la part du malade qui doit verser 20 % de son salaire.

Cet assouplissement du fonctionnement de l'hôpital psychiatrique a suscité au départ beaucoup d'intérêt et d'enthousiasme. C'était un apport d'énergie au sein d'une institution dont le fonctionnement ne permettait pas au malade de retrouver une indépendance, une autonomie, mais où, au contraire, les relations de dépendance, un temps nécessaire mais ensuite trop prolongées entraînaient une chronicisation du malade.

L'hôpital de nuit intervenait à deux niveaux et s'intégrait dans la politique de la psychiatrie de secteur :

- à la fois en luttant contre la chronicité à l'intérieur de l'hôpital. Nous pensons à ces malades psychotiques hospitalisés depuis de nombreuses années dont l'état est stabilisé et qui ne restent à l'hôpital que parce que le contact avec la vie extérieure est complètement coupé. Nous citerons rapidement à ce propos l'observation de ce malade âgé de 59 ans en 1966, hospitalisé depuis 1955 pour "épilepsie arrosée". Elevé dans des conditions sociales très défavorables ayant entraîné une désocialisation importante M. G... trouve une certaine stabilité en vivant maritalement avec une femme qui décède au bout de 9 ans, ce qui précipite sa rechute et son hospitalisation. Durant ces 10 ans d'internement M. G... devient l'homme de confiance du service et de l'ergothérapie. En 1965, on note dans son dossier "type même de l'inséré asilaire parfait". Lors d'une réunion de pavillon regroupant soignés et soignants est évoquée la possibilité de travailler en hôpital de nuit. M. G... décide de chercher une activité à l'extérieur. Il se met au travail très rapidement sans difficulté, trouve une chambre et quitte l'hôpital au bout de 2 mois. Signalons au passage que M. G... a quitté précipitamment le service quand on lui a demandé de donner 20 % de son salaire. Il travaille jusqu'à l'âge de la retraite. Il va bien et donne de ses nouvelles une ou deux fois par an.
- pour les nouveaux entrants l'hôpital de nuit permet d'éviter cette trop grande rupture entre le malade et son environnement affectif et socio-professionnel. Pour des psychotiques, améliorés mais encore fragiles, cette formule permet de prolonger "la prise en charge rapprochée" tout en leur donnant la possibilité de faire l'expérience de l'absence, de la réalité extérieure et du retour, tout en restant relié à l'hôpital sécurisant.

Selon l'optique thérapeutique de chacun, l'hôpital de nuit sera utilisé différemment :

- mesure strictement d'assistance sociale provisoire où l'hôpital tient lieu de foyer de post-cure.
- mesure thérapeutique, tactique avec allongement progressif du lien reliant le malade à l'hôpital, mesure qui s'adressera plus particulièrement aux malades psychotiques.

3 - EVOLUTION CHIFFREE DE L'HOPITAL DE NUIT

- ne seront prises en considération que les hospitalisations de nuit supérieures à une semaine.

Sur les 268 malades ayant bénéficié de l'hôpital de nuit depuis 1966, nous avons retenu 209 observations :

. 105 observations d'hommes

. 104 observations de femmes.

- nous avons récapitulé sur le tableau I quelques chiffres concernant d'une part le nombre de séjours en hôpital de nuit, d'autre part le nombre de malades et le pourcentage de malades par rapport au nombre de lits du service et ceci année par année.

Ce tableau met en évidence une apogée des hospitalisations de nuit en 1971-1972, puis une lente diminution.

Dans un second tableau nous avons comparé le nombre de séjours selon les différentes formes d'hospitalisations partielles :

hôpital de jour H.J.

hôpital de nuit H.N.

hospitalisation alternante H.A.

qui consiste à faire revenir le malade selon une certaine périodicité établie en fonction de l'état du malade, par exemple 8 jours tous les 2 mois.

	H.J.	H.A.	H.N.
1971	60	-	95
1972	41	12	116
1973	18	9	46
1974	19	18	27
1975	17	34	19

Tableau II

On note que parallèlement à la diminution du nombre de séjours et hôpital de nuit et hôpital de jour, on assiste à une augmentation du nombre d'hospitalisations alternantes.

	Séjour en H.N.	Malades en H.N.			LITS	%
		H	F	T		
1966-1967	22	11	8	19	240	8 %
1968	32	17	5	22	-	9 %
1969	75	20	16	36	-	15 %
1970	55	24	14	38	-	15 %
1971	95	35	20	55	-	22 %
1972	116	34	13	47	-	19 %
1973	46	6	13	19	160	12 %
1974	27	9	5	14		9 %
1975	19	7	11	18	145	12 %
TOTAL	487	163	105	268		

TABLEAU I

Evolution numérique de l'H.N. de 1966 à 1975

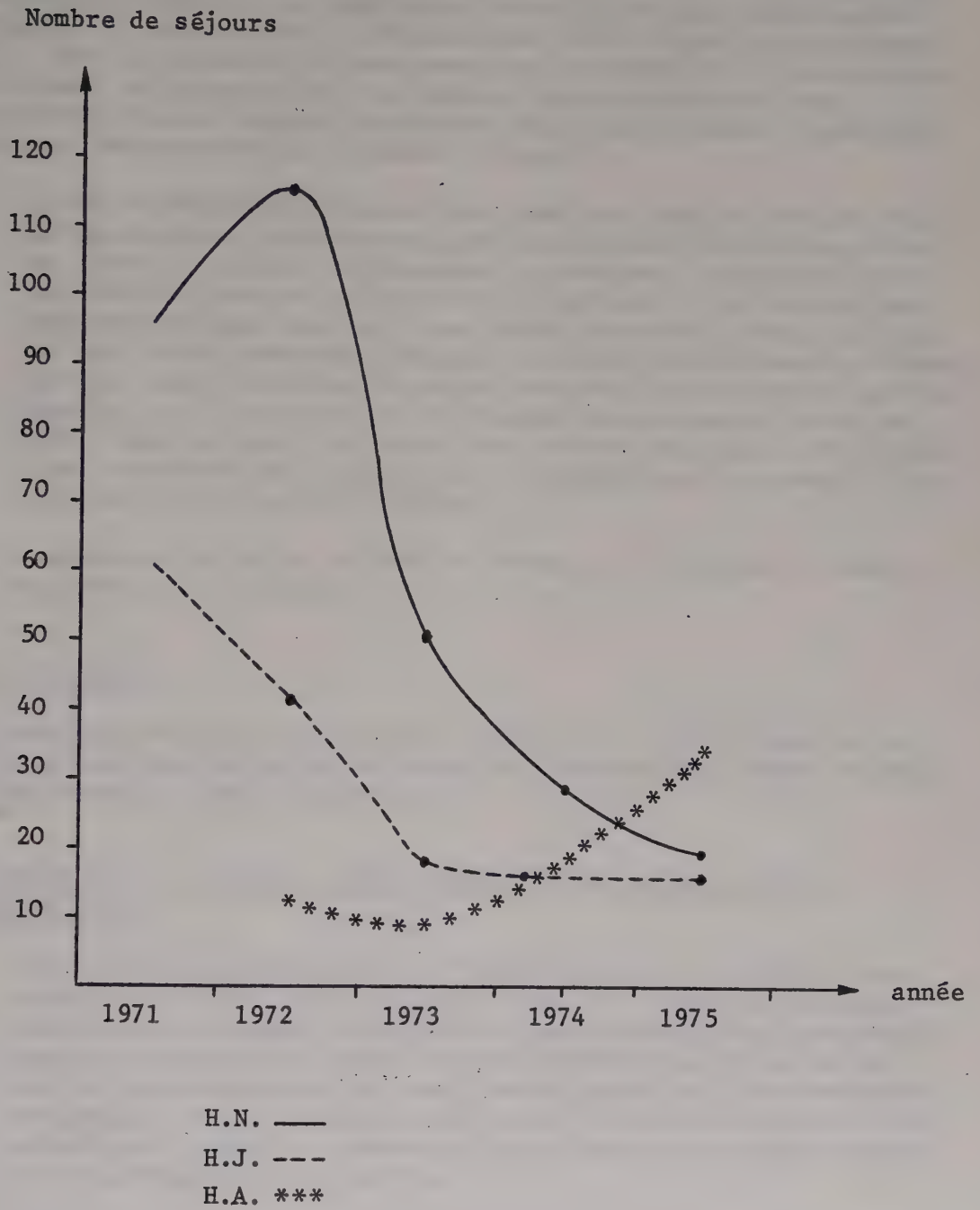
H = Hommes

F = Femme

T = Total

HN = Hôpital de nuit

Courbe récapitulative et comparative du nombre de séjours des malades selon les différentes formes d'hospitalisations partielles.



Cette diminution du nombre de malades en hôpital de nuit vient-elle après un certain temps d'utilisation, d'une diminution de l'enthousiasme et des soignants et des malades en face d'un système qui s'est de plus en plus assoupli ?

Il s'agit plus en fait d'une diminution du nombre de séjours puisque le pourcentage de malades en bénéficiant reste à peu près stable après avoir atteint il est vrai un pic fantastique. Qui n'a pas à cette époque "essayé" l'hôpital de nuit, faisant semblant de travailler ou de se chercher du travail et renouvelant les essais deux ou plusieurs fois.

Cette diminution du nombre de séjours vient probablement d'une utilisation moins "désordonnée" de l'hôpital de nuit.

La nette prédominance depuis deux ans des hospitalisations alternantes traduit l'orientation préférentielle d'un service. Mais ces hospitalisations alternantes se combinent fréquemment avec les hospitalisations de nuit ou de week-ends : telle cette malade psychotique âgée de 45 ans ayant toujours eu des difficultés pour se soigner régulièrement rechutant fréquemment qui vient pour 15 jours en hôpital de nuit tous les 2 mois dans le service depuis 1 an. Elle suit son traitement régulièrement, vient se faire hospitaliser à la date fixée lors de son départ. Elle peut ainsi continuer son travail tout en bénéficiant des possibilités de soins que lui offre l'hôpital.

Nous terminerons ce bilan chiffré en disant que l'hôpital de nuit a atteint son rythme de croisière.

4 - BILAN CLINIQUE

Nous commencerons ce bilan clinique par les 104 observations de malades femmes que nous avons pu retrouver relativement facilement puisque nous avons travaillé dans ce service.

4.1 - DEVENIR DES 104 MALADES FEMMES AYANT ETE EN HOPITAL DE NUIT DEPUIS 1966

Les premières expériences de l'hôpital de nuit ont débuté dans le service ouvert, service dans lequel il y avait un brassage important de malades psychotiques. La réinsertion de ces malades psychotiques posait toujours des problèmes parce qu'un bon nombre de ces malades étaient améliorées, capables d'une certaine autonomie, mais n'arrivaient pas à se libérer brutalement de la tutelle de l'hôpital, risquant de se chroniciser ou de rechuter très rapidement dès la sortie.

Cependant la première malade à avoir bénéficié de l'hôpital de nuit dans le service a été admise directement en hôpital de nuit pour ne pas interrompre son travail tout en étant suivie en psychothérapie à l'extérieur.

La durée des séjours a été très variable bien qu'au départ limitée dans le temps, mais certaines malades ont bénéficié de plusieurs sursis à cette époque :

- 24 malades ont bénéficié de plusieurs séjours
 - . 11 malades ont fait 2 séjours en hôpital de nuit c'est à dire une durée d'environ 6 mois.
 - . 13 autres ont fait plusieurs séjours l'une d'entre elles est en hôpital de nuit depuis 3 ans.
- Parmi ces 104 malades :
 - . 84 sont sorties
 - 56 ont une vie adaptée à l'extérieur soit 51 % des malades
 - 18 d'entre elles n'ont plus donné de nouvelles
 - 10 vivent à l'extérieur de façon plus ou moins désadaptée.
 - . 8 sont décédées
 - 6 par suicide
 - 2 par accident ou maladie
 - . 12 sont encore hospitalisées parmi lesquelles 2 travaillent en hôpital de nuit.

Nous avons réuni sur le tableau III l'ensemble de ces chiffres faisant apparaître :

- d'une part une différence de diagnostic, différence appréciée de façon très sommaire, le diagnostic retenu étant celui posé à un moment donné de l'hospitalisation, tel malade se présentant à ce moment-là sous un aspect plus psychotique, névrotique ou autre. Il est bien évident que dans la réalité rien n'est si simple ...
- d'autre part l'intégration ou non dans le monde du travail

bonne intégration	W	+
ne travaillant plus	W	-

Jusqu'en 1972 les malades en hôpital de nuit devaient travailler.

Après 1972 le travail n'a plus été une obligation :

- des étudiants ont pu continuer à suivre leurs cours, une jeune malade de 17 ans a repris ses cours en 1ère au lycée après avoir fait un important accès maniaque pendant l'année.

	PSYCHOSE	NEVROSE	TR. du CARACTERE	TOTAL
HOSPITALISEES W (+)	2			2
ou				
EQUIVALENT W (-)	8		2	10
BONNE W (+)	24	11	6	41
INTEGRATION W (-)	5	8	2	15
DESOCIALISEES	5	1	4	10
SANS NOUVELLE	4	6	8	18
DECES	6	1	1	8
TOTAL	54	27	23	

TABLEAU III

Panorama du devenir de 104 malades femmes ayant bénéficié de l'hôpital de nuit de 1966 à 1975.

- des malades ont pu se rendre dans leur famille une partie de la journée.
- des vieillards insomniaques et "turbulents nocturnes" ont pu venir dormir à l'hôpital pour soulager un temps la famille. Ce fut efficace pour la famille, mais pas pour la malade dont l'état s'est aggravé rapidement.

Nous allons essayer d'analyser de façon plus précise le devenir de ces malades pour tirer ensuite quelques conclusions globales.

4.1.1 - MALADES HOSPITALISEES

Parmi les 12 malades encore hospitalisées

2 travaillent en hôpital de nuit.

- l'une d'elles ayant présenté une psychose délirante travaille depuis 3 ans en hôpital de nuit comme femme de ménage. Nous étudierons plus particulièrement son observation dans la dernière partie de ce chapitre.
- une autre malade, une jeune fille d'environ 25 ans ayant présenté à deux reprises des manifestations aiguës d'une schizophrénie paranoïde a repris depuis 2 mois son travail de bureau, elle cherche un appartement avec une autre malade.

3 autres malades ont fait de nombreux essais sans avoir pu conserver un travail plus de 15 jours, se faisant renvoyer ou cherchant à motiver leur renvoi en ne respectant pas les horaires, se disputant avec les employeurs. Il s'agit de 2 malades présentant une névrose de caractère qui font de fréquents aller et retour à l'hôpital et d'une jeune schizophrène de 25 ans oscillant entre le travail et un éventuel mariage. Aux dernières nouvelles on apprend d'ailleurs qu'elle a choisi le mariage.

Les 6 autres font partie des "chroniques". Elles ont entre 45 ans et plus, ont pu travailler un certain temps à l'extérieur, mais sans jamais pouvoir se détacher de l'hôpital sans risquer de rechuter. Elles ont abandonné peu à peu elles et l'équipe soignante l'idée et la possibilité de travailler à l'extérieur pour se consacrer aux tâches ménagères de l'intérieur ou s'organiser une vie personnelle dans l'hôpital qui est effectivement l'asile. Une malade hospitalisée depuis 20 ans est sortie pour aller travailler. A l'issue de 12 semaines d'hôpital de nuit, elle demandait à se faire réhospitaliser à temps complet.

Une autre malade enfin présentant une psychose maniaco-dépressive est en train de rechuter après avoir vécu 1 an à l'extérieur.

4.1.2 - MALADES REINSEREES SOCIALEMENT

Parmi les 56 malades, 41 travaillent. Les emplois sont très variés :

10 occupent un emploi de bureau

10 sont femmes de ménage

- 5 travaillent dans une usine
- 3 sont infirmières
- 1 est kinésithérapeute
- 5 sont aides-soignantes
- 3 travaillent dans des centres commerciaux
- 1 travaille à la Faculté
- 1 autre dans un journal
- 1 autre enfin est technicienne
- 1 malade débile travaille dans un IMP

Il faut remarquer que la plupart de ces malades avaient exercé un emploi auparavant, mais certaines étaient en arrêt de maladie depuis de nombreuses années. Une malade n'avait pas travaillé depuis 7 ans.

Trois étudiantes ont dû abandonner leurs études pour s'employer dans une usine ou un bureau.

La remise au travail n'a jamais été facile. La plupart du temps ce fut une décision de l'équipe soignante qui incita la malade à reprendre ou à chercher une activité rémunérée. Il semble que les malades névrotiques hospitalisées aient plus de difficultés. Leur retour à la vie professionnelle est parsemée d'incidents multiples, malaises divers et même dans un cas, accident du travail. Les malades psychotiques dans la mesure où elles se sentent sécurisées par l'institution et non pas abandonnées reprennent leur travail plus volontiers. Elles sont parfois gênées par un traitement important qu'il faut réajuster le plus favorablement possible, compte-tenu de l'état de chaque malade et de ses conditions de travail.

- Parmi les 15 malades qui ne travaillent pas à ce jour, les 4/5 sont mariées et s'occupent de leur famille. Certaines ont de la difficulté à trouver un emploi, d'autres à s'adapter à une activité qui ne correspond pas à leur formation ce qui est le cas d'étudiantes ou de tout autre personne d'un niveau intellectuel assez important ayant fait une décompensation psychotique grave et qui ne sont plus capables d'exercer leur métier.

Mais ces malades qui ne travaillent plus actuellement ont travaillé un certain temps en hôpital de nuit ce qui leur a permis de prendre une certaine indépendance par rapport à leur famille et de trouver une revalorisation narcissique dans l'exercice d'une activité parfois même de rencontrer un mari comme ce fut le cas pour l'une d'entre elles. !!

4.1.3 - MALADES DESOCIALISEES

Ces malades vivent à l'extérieur mais dans de mauvaises conditions sociales et affectives. Ce sont elles qui reviennent très régulièrement faire des séjours généralement courts dans les services. Elles ne s'adaptent ni à l'intérieur, ni à l'extérieur.

- 5 malades éthyliques

Pour elles tout a été tenté, les essais de reprise de travail en hôpital de nuit qui durent 2 jours, 8 jours et qui se finissent souvent au café ; les foyers de post-cure, les visites à domicile, rien n'a jamais réussi. Elles reviennent de temps en temps dans le service pour "se refaire une santé". De quelle santé s'agit-il ? Puis elles repartent améliorées un temps et tout recommence.

- 2 psychose de caractère, imperméables à toute tentative de réadaptation. Il serait plus juste de dire de "socialisation". L'une d'elles vient faire de fréquents séjours à l'hôpital quand elle est proche de la clochardisation. Elle reprend un temps un travail en hôpital de nuit, puis quitte le service très brutalement, sur un éclat et recommence son errance de place en place.

- 3 malades psychotiques :

Elles ne sont pas à proprement parler désocialisées mais elles n'ont pas réussi à acquérir une autonomie de fonctionnement et vivent sous la dépendance d'une famille, d'amis, de l'hôpital, où elles reviennent faire de fréquentes apparitions, les séjours en hôpital de nuit n'ont pas réussi à leur faire acquérir l'autonomie.

Voici exposé le devenir de ces 104 malades femmes ayant bénéficié de l'hôpital de nuit depuis 1967. A ce jour donc 51 % sont sorties dont 37 % travaillent de façon régulière et mènent une vie sociale et familiale satisfaisante. Ces chiffres sont sûrement un peu faibles puisque nous sommes sans nouvelle de 18 malades ce qui ne signifie pas absolument qu'elles vont mal, certaines malades une fois améliorées ne veulent plus entendre parler de l'hôpital.

- La majeure partie de ces malades sont des psychotiques ce qui n'a rien d'étonnant puisque nous sommes à l'hôpital psychiatrique.
- Ces malades avaient presque toutes travaillées avant au moins pour 75 % d'entre elles, mais dans des périodes plus ou moins proches de leur hospitalisation.
- Leurs conditions familiales n'étaient jamais satisfaisantes, soit une dépendance trop étroite vis à vis de la famille, soit, au contraire, un isolement complet.
- Dans 80 % des cas l'hospitalisation de nuit a été une hospitalisation de nuit que nous qualifierons de "Tactique" : il s'agissait bien sûr d'assurer le gîte et le couvert, mais aussi d'offrir au malade la possibilité de reprendre ou de chercher du travail tout en ne coupant pas brutalement le lien très fort qui la reliait à l'hôpital. Cela permet au malade de faire l'apprentissage de la vie extérieure, de réaménager son système relationnel tout en s'appuyant sur cette structure qui, le soir venu, lui offre la possibilité de se "reprendre", de se renforcer narcissiquement, de trouver un sommeil réparateur auprès d'un environnement bon et sécurisant.

Ces malades une fois sorties, continuent d'être suivies par le service très régulièrement en consultation externe. Un certain nombre ont des neuroleptiques retard qu'elles viennent faire régulièrement tous les mois.

Pour les malades sans travail ou sans possibilité immédiate de travailler, l'hôpital de nuit a permis de reprendre contact avec la famille, avec un appartement délaissé etc...

Nous allons maintenant nous intéresser au devenir des malades hommes qui va se montrer un peu différent.

4.2 - DEVENIR DES 105 MALADES HOMMES AYANT ETE EN HOPITAL DE NUIT DEPUIS 1966.

Sur les 163 observations de malades hommes nous n'avons pu utiliser que 105 dossiers, ce qui est dû en partie au changement très fréquent de domicile de certains malades, entraînant de nombreux changements de service et parfois aussi des dossiers inutilisables.

La mise en place de l'hôpital de nuit dans les 2 unités de soins hommes du service s'est effectué de manière un peu différente. La plus importante des deux unités était l'unité dite "service fermé". Elle comprenait un nombre important de malades - environ 80 - dont une grande partie de malades chroniques.

Dans cette unité particulièrement encombrée, aux murs tristes et gris l'hôpital de nuit a été le support de l'enthousiasme de toute une équipe qui voulait faire bouger et les murs et les malades et qui voyait dans le travail la seule possibilité pour les malades de se "guérir".

Au début ce fut la découverte progressive, l'enthousiasme de certains, le pessimisme des autres, mais toujours le désir de changer, de donner un dynamisme à un service encombré où la vie et les malades étaient tristes et mornes et le temps figé.

Après la découverte, ce fut la surprise de voir certains malades considérés comme "asilifiés à vie", figés dans le temps et l'espace capables de reprendre une vie sensiblement normale à l'extérieur, tel ce malade hospitalisé depuis 12 ans pour un délire de persécution de type interprétatif qui décide de chercher du travail à l'extérieur : pour la première fois en 11 ans, il sort en permission seul, se trouve du travail en 48 h et une chambre 15 jours après et travaille ensuite régulièrement.

L'enthousiasme de l'équipe soignante même s'il était tempéré par certains "conservateurs" explique probablement le nombre important de malades et de séjours que l'on retrouve pendant ces 5 premières années (cf tableau I).

En consultant les registres sur lesquels étaient notées les demandes de mise en hôpital de nuit on remarque le nombre important de demandes, renouvelées après 1, 2, 8 jours d'essai, puis un arrêt, puis 3-4 mois après, une nouvelle tentative, les mêmes noms revenant très fréquemment.

Parmi les 105 malades hommes ayant bénéficié de l'hôpital de nuit de 1966 à 1975 :

- 68 sont sortis

- . 31 mènent une vie adaptée à l'extérieur. Parmi eux 27 travaillent.
- . 14 vivent à l'extérieur, mais dans de mauvaises conditions.
- . 23 n'ont plus donné de leurs nouvelles.

- 29 sont encore hospitalisés

4 travaillent en hôpital de nuit dont un malade depuis 4 ans

- 8 sont décédés : suicides.

Nous avons réuni ces quelques chiffres sur un tableau IV, tableau du même type que le précédent, faisant état d'un diagnostic sommaire, d'une intégration ou non dans le monde du travail.

Il apparaît une différence importante entre le devenir des femmes et celui des hommes :

- Il reste à l'hôpital deux fois plus de malades hommes : 29 hommes-12 femmes.

Nous avons déjà noté le nombre important de chroniques qui s'est détaché du service en 1973 et pour lesquels les tentatives de réadaptation ont souvent échoué. Ils ont pu travailler un certain temps, quitter même l'hôpital pour quelques-uns, mais au bout d'un temps plus ou moins long ont du être réhospitalisés. Ce sont généralement des psychotiques très repliés sur eux-mêmes errant sans fin dans les services, faisant les cent pas dans le couloir ou dans la même pièce tout au long d'une journée, au mieux s'organisant une vie intra-asilaire entre la cafétaria, les permissions, le service, les promenades dans le parc... Pour quelques-uns l'ergothérapie.

Il semble aussi que les hommes se réadaptent plus difficilement d'autant plus qu'ils sont souvent seuls et résistent moins bien à la solitude que les femmes.

Peut être aussi n'arrivent à l'hôpital que des malades hommes très déstructurés, les autres étant suivis sur le secteur en consultation ou en hospitalisation à domicile.

- Cette différence donc se répercute sur le nombre de sorties :

51 % des malades femmes mènent à l'extérieur une vie normale,

37 % travaillent alors que 29 % d'hommes sont sortis, travaillant presque tous.

- Une autre différence importante n'apparaît pas sur le tableau : le nombre d'hospitalisations de nuit que nous avons appelés "tactiques" est bien inférieur, 40 % environ chez les hommes, 80 % chez les femmes. S'agit-il du choix d'un service, d'un recrutement de malades se prêtant plus à l'hospitalisation de nuit dite sociale, malades sans famille, ou délaissés par elle, sans domicile ce qui est souvent le cas des éthyliques et psychopathes en nombre important dans le service.

	PSYCHOSE	NEVROSE	PSY. PATHE ETHYLIQUE	DEBILE	TOTAL
HOSPITALISE W ⁺ W ⁻	3	1			4
	15		7	3	25
BONNE INTEGRATION W ⁺ W ⁻	12	4	10	1	27
	3	1			4
DESOCIALISES	5		9		14
SANS NOUVELLE	6	2	15		23
DECES	7	1			8
TOTAL	51	9	41	4	

TABLEAU IV
PANORAMA DU DEVENIR DE 105 MALADES HOMMES
AYANT BENEFICIE DE L'HOPITAL DE NUIT DE
1966 à 1975

Nous allons essayer de voir de façon plus précise le devenir de ces malades avant de détailler quelques observations.

4.2.1 - MALADES HOSPITALISES

Parmi les 29 malades hospitalisés :

- 7 travaillent

Deux jeunes malades psychotiques travaillent depuis 6 mois et s'acheminent doucement vers la sortie.

Un autre malade âgé de 53 ans travaille depuis 4 ans en hôpital de nuit dans une entreprise de mécanique. Il tire profit au maximum du système, s'habillant même avec les vêtements de l'hôpital.

Le quatrième, un malade éthylique travaille depuis 8 mois, il est en instance de séparation avec sa femme.

Trois autres malades travaillent tous les jours dans un atelier protégé et reviennent dormir le soir à l'hôpital.

- les 22 malades hospitalisés à temps complet sont tous des malades qui ont fait de nombreux essais, mais qui n'ont jamais pu sortir ou ont rechuté plus ou moins rapidement. Il y a une proportion importante de malades psychotiques 13 - et 5 éthyliques.

4.2.2 - MALADES BIEN INSERES SOCIALEMENT

- 27 malades travaillent à l'extérieur et vont bien. Le temps d'hospitalisation de nuit est très différent selon les malades. La sortie est intervenue après un ou plusieurs séjours, ce qui n'a pas empêché les rechutes et les retours en hospitalisation complète. Parmi eux :

10 travaillent comme ouvriers

3 sont jardiniers

2 sont plongeurs

1 est boulanger : un éthylique dont le pronostic de sortie était bien sombre. Il travaille sans problème depuis 7 ans.

1 étudiant a pu continuer à suivre ses cours.

1 veilleur de nuit

1 autre concierge

3 travaillent dans la mécanique

1 est représentant

2 débiles moyens travaillent dans un atelier protégé et rentrent dans leur famille ou dans un foyer.

- Parmi les 4 malades qui ne travaillent pas : 3 utilisent l'hospitalisation de nuit en cas de conflit familial : un jeune malade épileptique et caractériel se montre si pénible avec sa grand-mère, ne la laissant pas en paix une minute qu'il devient nécessaire de

le séparer partiellement de sa famille. Il vient ainsi dormir à l'hôpital de temps en temps puis repart chez lui plus détendu.

Un autre malade vient faire un séjour en hôpital de nuit quand sa famille a besoin d'un lit supplémentaire...

4.2.3 - MALADES DESOCIALISES

- 14 malades vivent à l'extérieur de l'hôpital dans de mauvaises conditions. On trouve un très fort pourcentage d'éthyliques et de psychopathes ayant utilisé plusieurs fois l'hôpital de nuit, pas toujours d'ailleurs pour travailler. Ils se sont remis à boire ou ont commis des actes de délinquance et oscillent entre la prison et l'hôpital. Un malade en hôpital de nuit est parti avec la caisse de l'ergothérapie, un autre a cambriolé un magasin en ville.
- les 5 autres malades sont des psychotiques. Ils n'ont jamais pu tenir un emploi même en hôpital de nuit, ils travaillent 15 jours, s'arrêtent, recommencent, quittent l'hôpital pour un foyer, une famille, et souvent reviennent à l'hôpital.

Au terme de ce bilan général il nous semble que l'hôpital de nuit a été largement utilisé pendant les cinq premières années de son application, et même, dirions-nous, "sur utilisé". Nous pensons qu'à cette époque, l'hôpital de nuit a été pour tous un moyen d'assouplir le fonctionnement de l'institution psychiatrique, d'ouvrir pour beaucoup de malades les portes de l'hôpital. Au cours de ces dernières années, l'hôpital psychiatrique s'est largement ouvert sur l'extérieur, la marche des services est devenue plus souple, le secteur commence à prendre un peu d'importance et l'hôpital de nuit n'est plus utilisé qu'à bon escient et de façon plus rationnelle.

Nous allons faire un bilan global mais cette fois sans utiliser les 41 observations de malades dont nous n'avons plus eu de nouvelles.

Sur les 168 malades ayant bénéficié d'un ou plusieurs séjours en hôpital de nuit depuis 1966 :

- 51 % ont repris à l'extérieur une vie socialement adaptée. Parmi eux 40 % exercent une activité professionnelle.
- 26 % sont toujours hospitalisés.
G. GARRONE dans * L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE cite les chiffres suivants : sur 211 malades psychiatriques de la population de Genève ayant été hospitalisés au moins une fois, 42 % ont une activité professionnelle.

Il est bien évident que le passage en hôpital de nuit ne change en rien les statistiques. Il s'agit d'un moyen supplémentaire mis à la disposition des malades pour les aider à se réadapter tout en continuant à se faire soigner à l'hôpital.

Il s'agit maintenant de savoir comment l'hôpital de nuit intervient au cours de l'hospitalisation et comment il est vécu par les malades. C'est ce que nous allons voir en étudiant plus particulièrement quelques observations de malades.

Nous respecterons l'ordre chronologique des observations, citant tout d'abord les premières expériences de malades en hôpital de nuit avec chaque fois la difficulté ou les avantages que cela a entraîné.

5 - ETUDE D'OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 M.G... Psychose

Travaille 2 mois en hôpital de nuit.

Nous citerons très brièvement l'observation de ce malade hospitalisé de longue date dans le service, sans famille, sans domicile, sans argent. Devant cet espoir de reprendre une vie normale à l'extérieur, M. G... trouve du travail rapidement, quelque temps après, un logement mais quand au bout de 2 mois on lui demande de donner 20 % de son salaire M. G... ne comprend pas ... Il préfère quitter et l'hôpital, et l'hôpital de nuit... ce qui ne l'a pas empêché d'aller bien par la suite.

OBSERVATION N° 2 Mlle B... Schizophrénie

H.N. 5 semaines

Sortie depuis 1972

Née en 1930, Mlle J.B.... est la fille unique d'un couple conflictuel. Son père est décédé, elle avait 11 ans. Elle a alors vécu en Suisse avec sa mère pendant 5 ans. Les premières manifestations de la maladie sont apparues à l'âge de 15 ans et elle a été hospitalisée en Suisse où elle a subi une cure de Sakel.

Puis elle suit une formation de sténo-dactylo et travaille 2 ans. Elle rentre en France avec sa mère et retourne travailler régulièrement, mais vivant de façon très isolée, sans amis, en conflit permanent avec sa mère, Celle-ci décède en 1965, suicide ?, et à partir de cette date M. B... commence à décompenser : épisode dépressif traînant d'autant plus accentué qu'elle travaille dans des agences intérimaires ce qui augmente son angoisse.

En Août 1969, Mlle J.B... est prise d'une angoisse "panophibique" alors que ses voisins sont partis en vacances. Elle se réfugie chez des cousins avec qui elle ne s'entend plus, pense qu'on veut l'étrangler et c'est ainsi qu'elle arrive à l'hôpital.

Dans le service, elle devient très délirante. Cet épisode est rapidement résolutif avec un traitement neuroleptique. Mlle J.B... se trouve rassurée par le cadre de l'hôpital. Les contacts cependant sont difficiles et 2 mois après elle demande avec insistance sa sortie. Elle sort donc fin 69, sans travail, très angoissée. On la réhospitalise pendant

les vacances de Noël, car elle ne supporte pas le départ en vacances des personnes formant son environnement immédiat. Elle rentre à nouveau chez elle, retravaille en agence intérimaire, mais s'arrêtant fréquemment présentant à nouveau un syndrome dépressif. En Avril 71, on décide de la réhospitaliser ce qu'elle accepte avec joie en disant qu'elle a peur de vivre à l'extérieur. Rapidement on décide de la faire travailler en hôpital de nuit avec un retour progressif à son domicile. Pendant cinq semaines, elle travaille régulièrement, sans aucune difficulté. L'équipe soignante décide alors de la sortie, car Mlle B... n'est guère décidée elle-même. Elle a trouvé un lieu protégé où elle se sent bien et n'a aucune envie de le quitter. Cependant l'équipe soignante reste ferme et aménage cette sortie si angoissante : la malade reviendra passer tous ses week-ends dans le service. C'est ce qui se passa avec succès pendant quelques mois. Pendant les vacances 1971, une nouvelle admission en hôpital de nuit est décidée, Mlle B... supportant très mal les changements dans son environnement proche. Les vacances, les départs l'angoissent terriblement, elle a l'impression d'être abandonnée. Le lien avec l'hôpital est toujours très important et Mlle B... encore un peu fragile reviendra pour de courts séjours en 1972 : 2 mois - 15 jours - 1 mois.

Actuellement, elle va bien. Elle vit toujours seule. Elle continue son traitement neuroleptique retard, venant régulièrement en consultation et tous les 15 jours sort avec une malade du service avec qui elle s'est liée d'amitié. Elle travaille toujours dans une entreprise intérimaire comme employée de bureau, mais elle organise son travail de façon à se ménager des temps de repos et sur une année, travaille environ 7 mois.

Mlle B... pense que, sans l'hôpital de nuit, elle n'aurait pas pu reprendre son travail si vite et qu'elle aurait peut être rechuté. L'hôpital la protégeait de toutes les angoisses de la vie extérieure et lui permettait cependant d'aller travailler sans difficulté. Elle ne voulait pas quitter cet abri tant elle avait peur du dehors, peur aussi d'être à nouveau abandonnée. Mais, dit-elle, aujourd'hui d'une voix très douce, à travers un large sourire "je préfère vivre à l'extérieur".

La durée limitée de l'hôpital de nuit a été un facteur dynamique empêchant la stagnation, le risque de chronicité.

Le problème des 20 % ne s'est pas posé pour cette malade. Elle avait besoin d'argent et elle a fait partie des malades qui, de façon plus ou moins tacite ont été dispensées de ce versement.

OBSERVATIONS N° 3 Mlle H... Schizophrénie

5 mois en hôpital de nuit

Sortie depuis 1974

Née en 1948 en Algérie, Mlle H... est l'aînée d'une famille de 7 enfants. Elle vit en France avec sa famille depuis l'âge de 12 ans ayant adopté la culture et les coutumes européennes ce qui sera une source de conflit familial.

Mlle H... fait de bonnes études secondaires.

Elle est hospitalisée la première fois dans le service en 1967 après avoir fait une tentative de suicide par ingestion de Valium. Depuis 2 ans, elle était suivie en ambulatoire pour des manifestations phobiques, mais elle devenait de plus en plus interprétatives.

Pendant 8 ans, Mlle H... fait de nombreux séjours dans le service. Le plus long aura duré 1 an, divisée entre sa famille très traditionaliste et son désir d'indépendance menant chez elle une vie très isolée, demandant à l'équipe soignante de dire à son père de la laisser sortir.

Ses entrées et sorties du service seront toujours faites en fonction de sa famille.

La première expérience d'hospitalisation de nuit a duré 1 mois lors de son 1er séjour : Mlle H... a continué à suivre ses cours au lycée, mais son père a refusé de poursuivre l'expérience et a fait sortir sa fille.

Puis, peu à peu, celle-ci a pris une certaine indépendance, essayant de vivre dans un foyer mais chaque fois elle rentrait chez elle "car mon père est amoureux", puis revenait à l'hôpital pour échapper à l'amour de son père. Elle fait un nouveau séjour en H.N. pendant 1 mois pour avoir une formation de puéricultrice mais là aussi c'est un échec. Elle n'arrive pas à se détacher de sa famille et se sent écartelée entre deux cultures.

En 1973, au cours d'une hospitalisation qui dure 6 mois Mlle H... travaille 3 mois en H.N. comme auxiliaire de service hospitalier, se trouve une chambre et prend définitivement son indépendance par rapport à sa famille. Puis elle revient pendant un an en hospitalisation alternante de nuit. Elle travaille toujours dans la même clinique et elle va bien.

Mlle H... ne savait plus où se situer, divisée entre deux cultures : maghrébine et européenne. Sa famille représentait la tradition, la soumission. L'hôpital une structure trop enveloppante, où elle ne pouvait là non plus acquérir une autonomie. L'hôpital de nuit a représenté une structure intermédiaire où elle a su faire l'expérience de l'indépendance sans être pour autant abandonnée mais au contraire en étant encore étroitement protégée. Car si elle voulait acquérir une autonomie, elle recherchait sans arrêt la situation de dépendance par des plaintes somatiques diverses, des malaises. Elle avait toujours besoin d'être rassurée.

Il a fallu l'obliger presque sans arrêt à aller travailler, tellement elle aussi avait peur de l'extérieur, peur des gens, de la rue. Dans le travail dit-elle "je cherchais à travers mes collègues le type de relation que j'avais avec les infirmières du service" : moyen de réassurance, recherche à nouveau d'une situation de dépendance ?

La fin du séjour en hôpital de nuit n'a pas posé de problème, Mlle H. savait qu'elle reviendrait en hospitalisation alternante par la suite.

Quant aux 20 % de son salaire à verser à la fin de chaque mois, elle trouvait cela normal puisqu'elle était nourrie et logée.

Mais elle considère maintenant qu'il est aussi bien que cela n'existe plus.

OBSERVATION N° 4 Mlle A.M. B... Schizophrénie paranoïde

Hôpital de nuit 2 mois 1/2

Mlle B... a été suivie dans le service de 1964 à 1971. Elle a fait de nombreux séjours en hospitalisation totale, alternante et deux séjours en hospitalisation de nuit.

Le dernier séjour s'est terminé par une sortie sur décharge "l'indépendance, je m'en fous".

Née en 1941, Mlle B... fait partie d'une famille de 3 frères et soeurs. Le père est un "père absent". La mère est hyperprotectrice, sa fille lui raconte tout.

Scolarité normale, interrompue au cours de l'année préparatoire au 2ème bac par la 1ère hospitalisation en clinique, suivie de 2 autres.

Elle arrive dans le service en 1964 parce que, dit-elle, elle présente "un syndrome de dépersonnalisation". Elle ne travaille plus depuis 1 an - elle était employée aux PTT.

Elle sort au bout de 3 mois et elle est suivie en psychothérapie à l'extérieur de l'hôpital. Pendant les 7 ans qui vont suivre c'est une succession d'aller et retour entre sa famille et l'hôpital. Chez elle, elle n'accepte pas de vivre dans ce milieu surprotégé qui l'étouffe. Elle revient à l'hôpital en disant "je n'éprouve pas". La mère est au centre de ses préoccupations, avec en même temps le besoin de s'identifier à elle, alors qu'elle - la mère - est vécue comme dangereuse. Succession également d'essais de travail à l'extérieur de sa famille, puis retour auprès d'elle.

Au cours de son dernier séjour qui a été le plus long - 1 an - l'équipe soignante essaie de reprendre le traitement en main, traitement complètement scotomisé par la mère. Pendant cette année Mlle B... restera 1 mois en H.N. pour suivre des cours de sténo-dactylo. Puis un 2ème séjour d'un mois et demi. A l'issue de ce séjour on envisage une sortie prochaine, avec la recherche d'une chambre en ville. Et c'est la panique, la sortie sur décharge et la réintégration dans la famille.

Toutes les tentatives de mise à distance, d'autonomisation ont échoué à cette époque.

On peut se demander si la durée limitée de l'hôpital de nuit n'a pas permis une mise à distance progressive. Il semble cependant qu'à cette époque il ne pouvait pas exister de terrain intermédiaire : Pour elle, c'était elle ou sa mère. Elle a choisi sa mère ce jour-là : "l'indépendance je m'en fous". Que lui proposait-on ?

OBSERVATION N° 5 Mlle J. M... Schizophrénie

1er séjour de 7 mois dont 1 mois en H.N.

2ème séjour de 16 mois dont 6 mois 1/2 en H.N.

Née en 1944 en Espagne, Mlle J.M... est hospitalisée dans le service en 1971 pour un état évoquant une schizophrénie.

Elle est l'aînée d'une famille de 5 enfants. Son père est décédé 6 ans auparavant. Il aurait été soigné à l'H.V. dans le pavillon hommes du même service.

De sa famille, de son enfance on retrouve peu de choses. Une mère dure, pessimiste, malheureuse. Mlle M... a présenté son bac puis a suivi des cours en faculté de lettres tout en travaillant comme surveillante dans un lycée. Elle a interrompu ses études pour faire du secrétariat et travailler comme traductrice dans une grande entreprise de la région 1 mois 1/2 avant son hospitalisation.

Son premier séjour dans le service (7 mois) a été interrompu pour une période de vacances de 10 jours. Au retour des vacances essai de remise au travail, essai de 3 semaines qui se solde par un échec. Mlle M... était encore très fragile et son état nécessitait un traitement important.

Mlle J. M... reste ensuite 10 mois dans le service et reprend son travail en Juillet 1972 en hôpital de nuit - travail de bureau dans une administration - son employeur est au courant et le travail se passe bien, mais le départ de l'hôpital est difficile, le réveil un véritable cauchemar :

L'infirmière venant réveiller J.

"J. c'est 1'heure de vous lever"

"J'ai trop sommeil"

"J. il faut aller travailler"

"Pas aujourd'hui Mme N. Je veux encore dormir".

Mais J. va régulièrement travailler tous les matins. Elle organise sa nouvelle vie, J. a toujours contesté la société et à l'hôpital elle continue. En rentrant du travail elle fait des réunions avec les malades, conteste l'hôpital, le service... Tout se passe bien jusqu'au jour où l'hôpital de nuit ayant été prolongé à l'extrême il faut décider de la sortie prochaine. On propose l'appartement de post-cure du service. Un appartement que peuvent occuper 3 ou 4 malades travaillant à qui des infirmiers et infirmières vont rendre visite régulièrement.

J. refuse catégoriquement, abandonne son travail, se réfugie dans sa chambre et reprend la contestation, refuse de participer aux activités du service. Devant cette attitude d'opposition, on décide de faire sortir J. qui accepte volontiers. Elle sort et reprend son travail.

J. rechute 2 ans après sur un mode maniaque, mais cette rechute est rapidement contrôlée, elle peut recommencer son travail venant faire de brefs séjours en hospitalisation alternante et hôpital de nuit.

Depuis J. travaille, a eu un enfant et s'est mariée.

De son séjour en hôpital de nuit J. dit "c'est très dur et mal organisé" : très dur de se lever pour aller travailler alors que d'autres peuvent continuer à dormir, très difficile d'aller travailler avec un traitement neuroleptique qui vous fatigue et vous incite plus à l'inertie qu'au travail.

- La mauvaise organisation du service : les heures des repas ne coïncident pas toujours avec le retour des malades et parfois "on" oublie de garder le repas, le matin le petit déjeuner n'est jamais là ...

Pour J. contestataire même quand l'hôpital de nuit sera bien organisé il y aura encore de quoi contester...

Cette observation met en évidence d'autre part la fonction anaclitique de l'hôpital de nuit. Tant que le lien existe tout est possible, mais rien ne doit changer. Devant la nécessité d'aller vers un soutien plus lâche, ce sera la rupture, et J. préférera quitter le service qui décidément ne comprend rien.

C'est la rupture, mais elle n'aura pas de facheuses conséquences. J. ne pouvait rester avec le service que dans une relation presque fusionnelle. Elle est avec, dans le service ou elle n'y est plus. D'ailleurs quand elle quitte le service, elle ne revient pratiquement plus en consultation. Elle ne réapparaît que quand, à nouveau tout va mal...

OBSERVATION N° 6 Mme S. M... Névrose de caractère

Séjour de 17 mois en H.N. entre 1972 et 1973.

Sortie depuis 1973.

Née en 1933, la malade a perdu sa mère à l'âge de 4 ans, elle a été séparée de son frère et de son père pour être élevée par ses grands-parents puis un oncle et enfin l'orphelinat au remariage de son père de 12 ans à 18 ans.

Elle a suivi régulièrement la scolarité jusqu'à l'âge de 14 ans, mais n'a pas eu le CEP.

A partir de 18 ans elle travaille successivement comme ouvrière, puis employée de maison.

Elle se marie à 26 ans et fait un premier épisode dépressif un an après, son mari ayant eu des ennuis professionnels. Elle a deux enfants en 1964 et 1968. Après son dernier accouchement, mésentente très profonde avec son mari qui présente un éthylisme important. Ses enfants deviennent très pénibles, elle supporte de plus en plus difficilement sa vie familiale, se fait soigner en ambulatoire, puis part en maison de repos. Pendant ce temps son mari se fait hospitaliser à l'H.V. Mais la vie devient insupportable et Mme S. M... arrive dans le service en décembre 70 très dépressive, très agressive vis à vis de son mari.

Au cours d'un premier séjour de 4 mois, ce fut 4 mois de plaintes diverses, de sentiment de persécution. A la fin de son séjour on conseille vivement à Mme S. M... de reprendre une activité salariée.

Mais son mari hospitalisé dans le pavillon hommes du service se suicide ce qui entraîne un nouveau séjour en Décembre 71, alors qu'elle est rejetée par toute sa famille et celle de son mari, accusée de toutes parts. Ses enfants sont placés. Après 5 mois d'hospitalisation on souhaite que Mme M... reprenne un travail. Celle-ci "tergiverse" de nombreuses

fois, se trouve trop fatiguée, et il faut finalement user d'autorité pour qu'un beau matin Mme M... se décide à reprendre son activité dans l'usine où elle avait travaillé quelques mois auparavant "Je ne voulais pas sortir, j'avais peur"... "Peur de ne pas réussir le travail, peur des gens, du contre-maître". Mme M... avait surtout très peur d'être abandonnée une fois qu'elle allait travailler. Au bout de 3 mois à la suite de difficultés affectives Mme M... se déprime à nouveau et arrête son travail pendant 4 mois. Elle reprend ensuite à mi-temps pendant 1 an.

Pendant toute cette année de travail, c'est aux dires de l'équipe soignante une succession de malaises, de douleurs diverses qui s'accompagnent d'agressivité verbale vis à vis de l'équipe, des autres malades : Le matin elle fait en sorte de réveiller tout le service, claquant les portes, marchant bruyamment, manifestant clairement son mécontentement. Pendant 2 mois, Mme S. M... participe aux frais de son hospitalisation de nuit "je trouvais cela normal après on ne m'a plus rien demandé ça me faisait 100 F de plus". Puis elle passe 1 mois en maison de repos à la suite d'une intervention chirurgicale et reprend son travail à temps complet se dirigeant progressivement vers la sortie par paliers successifs. Elle a pu se trouver un appartement, le meubler avec les économies qu'elle avait pu faire pendant 1 an. Mais elle ne peut affronter l'angoisse de la solitude. Elle ne rentre dans son appartement qu'accompagnée d'infirmières ou de malades qu'elle invite à venir boire le café, puis elle passe un soir chez elle de temps en temps, revenant vite à l'hôpital, et enfin elle arrive à sortir définitivement, se remarie, reprend ses enfants continue à travailler pendant 2 ans puis s'arrête.

Nous avons revu Mme S. M... dernièrement et elle nous a dit ce qu'elle pensait de son séjour :

"Au départ cela n'a pas été facile, je ne voulais pas aller travailler, je ne comprenais pas pourquoi, il a fallu qu'on me force sans ménagement mais maintenant je reconnais qu'on a bien fait. J'avais peur de sortir, peur de ne pas pouvoir faire le travail mais j'avais la chance d'avoir un contre-maître très compréhensif ainsi que mes collègues de travail. Mais quand à midi je voyais le bus qui arrivait pour me ramener à l'hôpital je poussais un "ouf" de soulagement. J'étais contente de retrouver le service, les infirmières que j'aime bien avec qui je peux discuter de tous mes problèmes, les autres malades qui sont devenues mes amies. Mes deux années d'hôpital de nuit sont les deux plus belles années de ma vie. Je n'étais plus seule. Je disposais de mon argent comme bon me semblait, m'offrant ce qui me faisait plaisir, faisant des cadeaux. Sans l'hôpital de nuit je n'aurais jamais pu reprendre le travail, j'aurais rechuté, j'avais trop peur de la solitude, se retrouver seule, on ne peut pas savoir ..."

Cette observation particulièrement intéressante met en évidence la fonction anaclitique prédominante qu'a offert l'hôpital de nuit permettant à cette malade d'affronter progressivement le dehors en s'appuyant sur cette structure sécurisante, gratifiante et réparatrice.

OBSERVATION N° 7 Mr. G. C... Psychose paranoïaque

Nombreux séjours dont 2 mois en hôpital de nuit

Réhospitalisé depuis la fin de l'automne 75.

Ce malade âgé aujourd'hui de 47 ans a fait de très nombreux séjours dans le service - (8) - depuis 1969. Il avait été déjà soigné en clinique en 1962.

Mr. G. C... est marié, père de 3 filles. Il est "tôlier" depuis l'âge de 13 ans. A la suite de la guerre d'Indochine se développe une surdité progressive qui n'arrange en rien les difficultés relationnelles qu'il a avec son entourage. Mr. C. présente un délire de jalousie très important et les hospitalisations se feront presque toujours dans des circonstances dramatiques et en placement d'office. En avril 1971, c'est le divorce.

Mr. G. C... n'a abandonné son travail que pendant les hospitalisations, 1 mois lors de son premier séjour, 1 an lors du second séjour. C'est au cours de cette longue hospitalisation qu'il reprendra le travail en hôpital de nuit toujours dans la même entreprise. Rejeté par sa famille, n'ayant plus de logement Mr. C... travaillera régulièrement en hôpital de nuit pendant 2 mois, puis logera ensuite chez une parente. Il est suivi régulièrement en post-cure sur le secteur ce qui n'empêche pas les rechutes nécessitant de courtes hospitalisations. Il continue toujours son travail, dans la même entreprise depuis 25 ans, jusqu'au milieu de l'année 1975 où se produit une aggravation très importante de son état qui amène l'hospitalisation en cours actuellement et le licenciement de son entreprise.

L'hôpital de nuit est intervenu ici en tant que mesure d'aide sociale, Mr. C... n'ayant plus de logement et plus de foyer familial.

OBSERVATION N° 8 Mme T... Psychose délirante

Travaille en H.N. depuis 3 ans.

Certaines malades très fragiles ne peuvent acquérir suffisamment d'autonomie pour pouvoir quitter l'hôpital après un long séjour en hôpital de nuit sans qu'il y ait un risque très rapide de rechute. C'est le cas de Mme T... née en 1924 en Espagne. Mme T... est divorcée depuis 1960. Elle a 3 enfants.

Elle est hospitalisée la première fois dans le service en 1966 pour un délire à thèmes mystiques. Ses antécédents psychiatriques sont importants puisqu'elle est soignée depuis 1960 d'abord à l'hôpital général puis à l'hôpital psychiatrique de Savoie au cours d'une fugue. Entre ses hospitalisations Mme T... a toujours travaillé.

En 1967, elle quitte le service avec un traitement neuroleptique. Pendant 4 ans elle vit chez elle, travaille comme femme de ménage. Puis elle abandonne peu à peu son traitement, rechute et doit être réhospitalisée en 1972 alors qu'elle vivait depuis six mois enfermée dans sa chambre, sa mère lui faisant passer la nourriture par la fenêtre.

Dans le service son état s'améliore doucement avec la reprise du traitement et en 1973, Mme T... désire reprendre un travail. Elle cherche un emploi de femme de ménage qu'elle finit par trouver après quelques difficultés car elle se présentait en disant "N'avez-vous pas de travail pour une dame qui doit encore se reposer ?" Il est vrai que le traitement l'avait un peu fatiguée.

Au début l'adaptation a été assez difficile Mme T... avait peur d'être abandonnée par le service une fois qu'elle irait un peu mieux. Mais elle a compris qu'elle pouvait aller mieux, travailler et revenir dans le service ce qu'elle fait régulièrement depuis 3 ans, sortant le week-end chez elle ou dans sa famille qui s'est toujours beaucoup occupé d'elle.

Malgré tout on ne peut guère envisager de faire sortir complètement cette malade. Elle-même dit avoir peur de sortir, peur de quitter cette autre "famille" auprès de laquelle elle se sent protégée : "chez moi j'ai peur, je me renferme"... "le soir je rentre, je retrouve tout le monde, on me donne mon traitement, on me surveille, si ne ne vais pas bien on me soigne tout de suite". Mme T... pense toujours à la rechute, rechute qu'elle a connue il y a 3 ans. Pour elle le service représente une grande famille, le village, village dans lequel elle a été élevée jeune enfant où il y avait toujours beaucoup de monde autour de sa maison.

L'hôpital lui tient vraiment lieu de mère nourricière et pour le moment elle ne peut guère s'en séparer plus d'un week-end ou d'une courte période de vacances. Chaque fois qu'il est question de sortie l'angoisse est telle que cela ne semble guère possible à envisager.

Dans le service elle vit dans une chambre avec quatre autres malades, dans ce qu'il est convenu d'appeler "le foyer" : c'est un bâtiment un peu indépendant par rapport au service où les malades vont coucher quand elles commencent à aller mieux. Mme T... qui est toujours très bien habillée, maquillée, coiffée en a fait un peu son domaine. Cette promiscuité ne la gêne pas du tout, elle a besoin d'être entourée, protégée pour ne pas "se renfermer". L'angoisse n'est jamais très loin et quand elle voit arriver une malade en période aigüe, elle a peur, peur de retomber malade mais "on est si bien soigné ici" dit-elle ...

OBSERVATION N° 9 Mr H...

Travaille depuis 8 mois en H.N.

Né en 1926 en Afrique du Nord, Mr H... est marié avec une française, il est père de 3 enfants. Il sait lire, mais ne sait pas écrire. Depuis 3 ans il travaille comme laveur de vitres à son compte.

Il existe une mésentente conjugale très importante et Mr H... boit depuis 4 ans. Sa femme veut le faire désintoxiquer. Il fait un premier séjour d'un mois en Décembre 74, demande une cure de désintoxication qui est acceptée. Il sort très confiant du service et rechute 1 mois après : ivresse au volant, dette, rejeté par femme et enfants. Mr H... demande à être hospitalisé et éloigné de sa famille. C'est le 3ème séjour en Décembre 1975. Il est question de divorce et Mr H... est très inquiet de

ce qui se "trame" à l'extérieur. Dans le service cependant il se sent à l'abri "j'ai peur d'être débordé par les soucis"... "ici c'est comme une maison". Mr H... reprend son travail au bout de 2 mois, régulièrement sans problème. Il a besoin de cette sécurité, de retrouver les infirmières le soir en rentrant, même s'il n'y a que très peu de paroles échangées, Mr H... se liant peu avec son entourage.

Actuellement pour Mr H... qui travaille ainsi depuis 8 mois c'est une pose : à l'extérieur il sait que sa femme parle de divorce, lui ici "ne pense à rien" "Je dors bien". L'équipe soignante attend le moment favorable pour parler d'une éventuelle structure intermédiaire, foyer post-cure, chambre dans un foyer-hôtel avec visite à domicile et retour partiel dans le service, mais Mr H... ne l'envisage pas encore.

OBSERVATION N° 10 Mr C...

Travaille en H.N. 3 mois

Sortie depuis 8 mois.

Mr C... né en 1920 est hospitalisé en mars 1975 pour un syndrome anxio-dépressif. Il est actuellement mécanicien. Il n'a jamais pu exercer son métier de dessinateur en soierie, car il ne supportait pas d'être enfermé. Il est suivi en ambulatoire depuis 1967.

Mr C... est marié, il a 3 enfants. Depuis quelques mois des difficultés conjugales ont entraîné une aggravation de son état nécessitant une hospitalisation, une mise à distance des problèmes. Un mois après Mr C... reprend son travail en hôpital de nuit pendant 3 mois, puis il quitte le service non sans difficulté, car il y avait trouvé un lieu maternel, unité de soin mixte avec une équipe soignante à prédominance féminine, le renflouant narcissiquement. La sortie n'a pu se faire que progressivement en espaçant les retours, en allongeant les absences et actuellement Mr C... vient encore 2 fois par semaine dans le service pour parler aux infirmières de tous ses déboires conjugaux. Par ailleurs il est suivi en psychothérapie.

OBSERVATION N° 11 Mr D...

Nombreux séjours d'hospitalisation totale et partielle, de jour ou de nuit selon les circonstances.

Il s'agit cette fois d'un malade en hôpital de nuit qui ne travaille pas, mais pour qui en fonction des problèmes familiaux on a décidé d'une hospitalisation de nuit.

Mr D... né en 1935, est marié, père de 2 enfants. Il ne travaille plus depuis de nombreuses années à la suite d'une tuberculose pulmonaire avec insuffisance respiratoire, au cours de laquelle s'installe un éthylisme important. A l'éthylisme qui a plus ou moins cessé selon les circonstances, succède une pseudo névralgie faciale insensible à toute thérapeutique et entraînant une insomnie rebelle, surtout quand Mr D... se trouve dans sa famille. Son sentiment de dévalorisation est encore

aggravé par la présence de son fils âgé de 10 ans qui se montre très impertinent, l'ambiance familiale est très tendue, violente.

On fait venir Mr D... en hôpital de nuit pour essayer de le faire dormir. Hors de son milieu familial, dans un environnement sécurisant ou on s'occupe particulièrement de son problème, on répond à sa demande Mr D... dort sans difficulté, il sait que s'il ne dort pas quelqu'un sera là pour l'écouter, lui répondre, lui donner un comprimé, une potion : l'hospitalisation de nuit lui a offert pendant un temps une possibilité de régression, permise, acceptée par lui et les autres. Ce fut aussi pour la famille un temps de repos pendant lequel sont tombées les tensions, mais bien évidemment rien n'a été résolu et les nombreuses autres hospitalisations le prouvent malgré la prise en charge psychothérapique individuelle et familiale. Ce fut une modalité d'intervention s'articulant aux autres techniques selon les circonstances, les demandes et les possibilités familiales.

OBSERVATION N° 12 Mlle V... Accès maniaque

Travaille en H.N. depuis 2 mois.

Mlle D... arrive dans le service il y a environ 6 mois en accès maniaque. C'est une jeune fille de 18 ans d'origine espagnole partagée entre une mère très "pieuse" ne sachant plus à quel saint vouer sa fille et un père sévère finissant toujours par céder. Elle est la 2ème de la famille et elle a déjà fait plusieurs séjours - (3) - dans une clinique psychiatrique.

Dans le service Mlle V... présente un comportement très régressif auquel fait suite un éparpillement "tous azimuth". Un traitement neuroleptique auquel vient s'ajouter du lithium, des horaires stricts, arrivent peu à peu à la contenir. Elle s'occupe aux différents ateliers de l'hôpital, poterie, couture, dessin, prend des permissions régulièrement dans sa famille ou avec des amis en s'en tenant aux limites fixées. Peu à peu elle exprime le désir de travailler pour acquérir son indépendance vis à vis de sa famille.

Elle n'a pas de formation, car elle a arrêté ses études en 1ère, son comportement désordonné et une tentative de suicide rendaient difficile son maintien dans le lycée. Elle a cherché un emploi de femme de ménage et elle a trouvé 6 heures de ménage par jour. Actuellement elle travaille et rentre dormir tous les soirs à l'hôpital, sortant en permission pendant le week-end. Nous lui avons demandé ce qu'elle pensait de cet aménagement de son hospitalisation :

"Si j'étais rentrée chez moi, j'aurais rechuté" : présence de la famille soit surprotectrice soit rejetante. "Le travail m'a libérée de la famille, de la maladie. Je n'avais jamais travaillé je sais maintenant que je suis capable de faire quelque chose". "Au début j'avais peur qu'on s'aperçoive que je sortais de l'hôpital, peur de prendre une crise, peur de ne pas être capable de travailler".

L'hôpital devient un foyer, mais un foyer qui garde les infirmières qui l'ont connue, qui l'ont soignée et qui continuent à s'occuper d'elle.

Elle leur est très attachée et ne voudrait pas encore s'en séparer pour aller dans un autre lieu protégé. Elle leur parle volontiers le soir en rentrant de son travail, elle sait que si elle est fatiguée, on s'occupe d'elle. Pourtant sa relation avec l'équipe soignante est devenue un peu différente, elle se sent plus indépendante "presque comme elle". Le travail a été revalorisant, libérateur et quand elle parle de sa première paie, son visage s'illumine : elle s'est achetée une robe, première manifestation de son indépendance.

L'hôpital de nuit est devenu cette structure intermédiaire dont elle a besoin provisoirement pour affronter la vie extérieure, le travail et les conflits familiaux.

REFLEXIONS SUR L'HOPITAL DE NUIT

Au terme de ce bilan clinique nous allons peut-être mieux comprendre la place de l'hôpital de nuit au sein de l'institution psychiatrique et dans le cours de l'hospitalisation d'un malade.

Nous étudierons ensuite les problèmes pratiques qu'il pose dans un service à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique.

HOPITAL DE NUIT : ESPACE INTERMEDIAIRE

Nous avons vu que l'hôpital de nuit a permis à un nombre important de malades d'affronter par paliers les difficultés de la vie extérieure, de favoriser une réadaptation dans le monde du travail.

Au cours d'une hospitalisation, l'hôpital de nuit intervient :

- dans l'aménagement de la réalité matérielle du malade. Celui-ci parfois sans famille, sans logement, peut reprendre son travail pendant quelque temps, mettre de l'argent de côté et trouver un logement. C'est l'hôpital de nuit de caractère social.
- il intervient aussi dans l'aménagement du monde relationnel du malade : favorisant la régression dans un premier temps et l'acquisition de l'autonomie dans un deuxième temps.

Nous allons étudier plus particulièrement ces deux fonctions.

1 - HOPITAL DE NUIT ET REGRESSION

Dans cette modalité d'hospitalisation partielle, il s'agit en fait d'un "agi" de régression. On fait venir le malade à l'hôpital pour dormir. Nous avons déjà parlé du sommeil comme phénomène régressif et de sa fonction réparatrice. Les malades disent souvent : "ici je dors bien".

La période "avant le sommeil" est aussi un moment privilégié pour le malade. On va prendre soin de lui, l'écouter, le faire manger : "On s'occupe de moi, on me donne mes médicaments", et le préparer au sommeil. Ici le rôle réparateur de la régression prend toute son importance. Pour Mme S. M... (obs. n° 6), l'hôpital de nuit "les deux plus belles années de ma vie" : la régression est gratifiante pour le narcissisme et Mme S. M... en avait besoin pour arriver à réparer un abîme de

souffrance et de frustration. La régression est le temps préparatoire à l'investissement ultérieur du monde objectal, à la distanciation soi-non soi, à l'acquisition de l'autonomie.

2 - ACQUISITION DE L'AUTONOMIE

L'acquisition de l'autonomie est favorisée en plus par la double polarité de l'hôpital de nuit :

- un pôle interne : hôpital
- un pôle externe : la famille, le travail

Bon nombre de malades améliorés ont cependant encore besoin du soutien de l'institution psychiatrique, comme le nourrisson a besoin de l'amour et des soins de sa mère. Pour ces malades l'hôpital de nuit est une structure de soutien qui leur donne une certaine indépendance sans qu'il y ait pour autant séparation. Nous allons une fois encore citer D.W. WINNICOTT qui décrit l'espace potentiel existant entre l'enfant et sa mère, mais aussi entre le malade et son thérapeute : "aire hypothétique qui existe, mais peut ne pas exister, entre le bébé et l'objet (la mère ou une partie de la mère) pendant la période de répudiation de l'objet en tant que non-soi".

Entre l'enfant et sa mère, il n'y a jamais de séparation véritable, mais seulement menace de séparation, menace plus ou moins traumatisante selon l'expérience faite des premiers modes de séparation.

Pour beaucoup de malades en particulier psychotiques, cette expérience de séparation a été très traumatisante sans possibilité ultérieure de distanciation moi - non moi : Pour eux, l'espace potentiel n'existe pas ou de façon restreinte. Nous pensons que le système hôpital de nuit intervient dans son ensemble comme un substitut de cet espace potentiel, tout au moins, comme "une aire intermédiaire d'expérience" où le malade peut à la fois satisfaire son besoin de dépendance en retrouvant le soir l'hôpital "mère", et à la fois se distancier de celle-ci et acquérir un début d'autonomie par les sorties journalières, le travail, le retour à la vie extérieure. Pour Mlle H... Obs. n° 3, l'hôpital de nuit est l'aire intermédiaire d'expérience par laquelle elle a pu se séparer de sa famille, travailler, tout en restant reliée au service et le quitter ensuite pour devenir indépendante.

De même qu'entre la mère et l'enfant cet espace potentiel ne s'établira de façon satisfaisante entre le malade et l'institution que s'il existe entre eux une relation de fiabilité et s'il n'y a pas eu de véritable abandon au moment de la menace de séparation. Mme S. M ... n° 6 dont le séjour en hôpital de nuit aura été long, 1 an de travail à mi-temps, au début de l'expérience ne pouvait quitter le service que pendant une demi-journée. Il fallait qu'elle revienne vite se remettre à l'abri. Elle ne pouvait pas supporter une plus longue menace de séparation. Par la relation de confiance qui s'est établie avec le service, les gratifications reçues elle a pu progressivement supporter de quitter le service une journée, puis de rentrer chez elle une fois, puis deux, puis quatre fois par semaine sans pour autant se sentir abandonnée et enfin quitter définitivement le service pour ne revenir qu'en consultation.

Avec l'hôpital de nuit, il n'y a que "menace de séparation". L'hôpital de nuit sera réussi s'il a pu être cette aire intermédiaire qui permettra ensuite au malade de se distancier de l'hôpital.

Il faut remarquer que dans l'hôpital de nuit, c'est le malade qui, tous les matins fait l'effort de quitter ce lieu sécurisant. Et ce n'est pas toujours facile : une malade ne voudra pas se lever préférant le refuge du sommeil, une autre réveillera tout le service, clamant haut et fort son mécontentement, une autre "hallucinera le désir de la mère" dans son milieu de travail. Mlle H... obs. n° 3.

Mais l'hôpital de nuit peut dévier de son but et devenir non plus un espace intermédiaire mais un espace CLOS. Si la régression a perdu sa double polarité quant à son orientation narcissique / objectale, qu'elle se transforme en fixation régressive, il n'y aura plus de possibilité de progression, ni d'acquisition d'une autonomie et ce sera la chronicité.

Qu'en est-il des malades qui travaillent en hôpital de nuit depuis 3 et 4 ans. S'agit-il de malades "chroniques de l'hôpital de nuit" ou de malades qui ne peuvent acquérir cet espace intermédiaire - ou pour qui l'on n'a pas su le créer - qui leur permettrait de se distancier de l'institution sans pour autant "rechuter" ?

Nous avons accordé une place plus importante à la fonction de relation de l'hôpital de nuit plutôt qu'à sa fonction sociale, mais dans la pratique les deux rôles sont souvent imbriqués et chacun selon sa propre idéologie thérapeutique en fera soit davantage un instrument de soin, soit davantage une mesure d'assistance sociale.

Nous allons maintenant étudier les problèmes pratiques que pose l'utilisation de l'hôpital de nuit dans l'hôpital psychiatrique et à l'intérieur d'un service. Nous commencerons par l'étude des modalités évolutives de l'hôpital de nuit à savoir la durée de l'hospitalisation et la relation d'argent pendant le séjour en hôpital de nuit.

1 - LA DUREE

Au départ en 1966 la limitation de la durée de l'hospitalisation de nuit en faisait un instrument rigide difficile à manier. Qui peut déterminer le temps nécessaire à la réadaptation à la vie extérieure ?

Les rechutes entraînées par la limitation de la durée - à cette époque 3 mois - ont été rares car souvent la difficulté était tournée par une réhospitalisation de quelques jours ou des prolongations exceptionnelles.

Actuellement donc il n'y a plus de limitation à la durée de l'hospitalisation de nuit ce qui a permis à nos deux malades de travailler ainsi depuis 3 et 4 ans.

Le fait que la durée de l'hôpital de nuit ne soit plus limitée par le règlement ne doit pas interdire à l'équipe soignante de se fixer un délai dans l'intérêt de chaque malade et selon les cas. Ce qui ne veut pas dire non plus que travailler en hôpital de nuit depuis trois ans puisse être considéré comme une déviation du système. Mais nous pensons que pour garder un potentiel dynamique de progression un système doit toujours être remis en question, discuté, réaménagé. Il ne faut pas laisser s'installer la situation de dépendance un temps nécessaire mais qui trop prolongé devient aliénante. Le but de l'hospitalisation est la sortie, le réinsertion sociale et familiale et il faut mettre en place un système dynamique qui favorise les projets de départ.

D'après les chiffres relevés dans les services il ne semble pas que cette absence de limitation dans la durée ait entraîné des prolongations importantes des séjours, au contraire. Sur un an en 1975 la durée moyenne des séjours en hôpital de nuit a été de 74 jours, soit 10 semaines. Rappelons qu'auparavant, elle était limitée à 12 semaines en tout.

2 - L'ARGENT ET L'HOPITAL DE NUIT

Pendant les six premières années les malades en hôpital de nuit ont dû verser 20 % de leur salaire au fonds de solidarité de chaque service.

L'éventuelle participation du malade aux frais de l'hospitalisation pendant son séjour en hôpital de nuit a toujours été une source de préoccupation. Il paraissait illogique qu'un malade bénéficiant d'un milieu hyperprotecteur soit le plus favorisé par des conditions matérielles privilégiées lui offrant l'illusion d'une fausse sécurité. Certains ont laissé le problème en suspens, regrettant de ne pas trouver de solution

satisfaisante. D'autres ont proposé des modalités de participation :

Dans L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE consacré aux hospitalisations partielles, nous trouvons l'élaboration d'un statut du malade en hôpital de nuit en vigueur à Montpellier dans le service du Pr MINVIELLE :

"Le malade fera donc l'effort de comprendre et admettre qu'il doit en quelque sorte payer pension et reverser une partie du salaire tout comme il ferait en ville ou chez lui..."

"... la commission d'hospitalisation étudiera la situation socio-économique du sujet, ajustera la quote-part et transformera un acte budgétaire en instrument de resocialisation pour l'intéressé".

C'est une transaction entre cette sous-commission et le malade présent à la délibération.

A l'hôpital du VINATIER, le système global du reversement de 20 % du salaire a été adopté pendant 6 ans pour être ensuite abandonné devant les résistances multiples rencontrées aussi bien chez les soignés que les soignants. Dans la majorité des cas l'argent était recueilli par les assistantes sociales et les chefs d'unités de soins. Sur 97 malades en hôpital de nuit pendant un temps déterminé 38 n'ont pas versé d'argent.

Résistances de toutes parts :

- des malades qui n'ont pas compris pourquoi on leur réclamait de l'argent alors qu'ils étaient dans un hôpital public. Ce fut surtout le cas des anciens malades habitués à une situation de grande dépendance par rapport aux infirmiers et l'acceptant, qui n'ont pas supporté que secondairement on leur demande une participation active.
Certains d'ailleurs ont quitté précipitamment l'hôpital de nuit et le service quand on leur a demandé de verser 20 % de leur salaire au fonds de solidarité.
- d'autres malades refusaient de payer ils n'avaient plus d'argent, beaucoup de frais, ce qui obligeait les infirmiers à se transformer en véritables inspecteurs attendant le malade au retour de son travail pour vérifier sa fiche de paye et lui demander de verser ses 20 %.
- résistance chez les infirmiers et assistantes sociales qui refusaient de faire ce genre de travail, pensant que le service se déchargeait sur eux d'une tâche difficile.
- d'autres malades étaient partiellement dispensés selon des critères de choix pas toujours très objectifs et qui venaient encore accroître la difficulté de cette participation. On pensait que tel malade indésirable à l'hôpital devait payer. Tel autre complètement démuné ne pouvait pas, ne devait pas payer.
- culpabilité aussi de demander de l'argent à des malades très souvent "dans le besoin".

- le maniement de l'argent réactivait aussi les relations conflictuelles entre les membres de l'équipe soignante, à propos de tel malade payant ou ne payant pas, de la responsabilité de l'argent en cas de vol...
- les malades se demandaient également ce que devenait leur argent et certains auraient souhaité gérer eux-mêmes le fonds de solidarité.

Les résistances des soignants s'interpénétrant avec celles des soignés le système de participation a été complètement abandonné. Depuis 1973 le malade en hôpital de nuit ne participe plus aux frais et le prix de journée a été modifié de façon assez importante.

Rappelons les chiffres pour 1976 au 1er Janvier :

H. complète	177,75 F
H. jour	161,00 F
H. nuit	123,00 F

C'est une manière de détourner le problème. Le malade en hôpital de nuit coûte moins cher, donc il participe en quelque sorte à son processus de guérison, mais c'est une participation - souvent ignorée - sans échange concret, qui n'a pas de signification propre pour le malade. Le malade en hôpital de nuit reste dans une situation de dépendance - de non participation signifiante - qui risque de favoriser la chronicité.

La relation d'argent au sein de l'institution a été étudiée de façon très approfondie par M. MARIE-CARDINE dans sa thèse "LE ROLE DE L'ARGENT DANS LE RELATION THERAPEUTIQUE". Le rôle psychologique de l'argent intervient à deux niveau :

au niveau symbolique

au niveau de la réalité

C'est de tous les symboles celui qui semble être le plus proche des pulsions qu'il représente. Au niveau de la réalité il s'agit d'un échange réel entre l'individu et la société. La notion d'argent, fait apparaître un point de vue économique tant dans la réalité que dans l'organisation psychique de l'individu. Le maniement de l'argent introduit au coeur de la dynamique relationnelle, il peut servir d'instrument pour comprendre et agir à l'égard des malades. Il augmente les difficultés, mais il fait entrer une dimension de la réalité qui est bénéfique pour le malade.

On pense qu'il est dommage actuellement que le système hôpital de nuit ne contienne pas une possibilité d'échange entre le malade et l'hôpital. Tout mouvement psychothérapique est basé sur le système de gratification et de frustration variablement et progressivement dosé en fonction de chaque individu. Certains malades ont besoin d'être pris complètement en charge et gratuitement pendant un certain temps.

Il faudrait qu'il existât un système adaptable à chaque cas particulier, que la participation financière devint une prescription

thérapeutique, en fonction du malade et de l'évolution de la maladie, ce système ne pouvant être envisageable qu'à l'échelle d'un service avec l'adhésion de tous soignants et soignés. Ce qui est important c'est la participation du malade au processus de sa guérison. Cette collaboration active où l'élément argent peut être un moyen d'accrochage, de soutien et un sujet permanent de discussion et d'échange contribue aussi à donner un dynamisme à l'hospitalisation.

Il ne faut pas non plus négliger le rôle de l'argent dans la réalité du service :

de 1967 à 1971 le reversement des 20 % s'est élevé à 17.938 F soit une moyenne de 4 000 F par an.

Cet argent a servi à financer pendant 2 ans l'appartement de post-cure du secteur. Cet appartement est destiné aux malades sortant du service, capables de vivre à l'extérieur de façon autonome, de travailler, mais n'ayant pas la possibilité de se loger ou de vivre seuls. Cet appartement pouvait recevoir 3 ou 4 personnes. Les malades en hôpital de nuit pouvaient en bénéficier à leur sortie de l'hôpital. L'autre partie de l'argent a servi à aider des malades dans leur recherche de travail, frais de transport, de vêtements parfois achat d'outils de travail.

Cette somme d'argent retourne donc dans le service où sont soignés les malades. Elle peut servir à améliorer le confort, les loisirs, les sorties.

Il serait intéressant dans le cas où une éventuelle participation financière du malade serait réenvisagée d'instaurer un système de gestion mixte soignants-soignés qui entraînerait un investissement plus important des décisions et des conséquences qui en résultent.

3 - LE SEJOUR EN HOPITAL DE NUIT

L'hospitalisation de nuit est une activité intégrée dans la psychiatrie de secteur. Les malades en hôpital de nuit restent dans les services qui les ont accueillis pendant leur hospitalisation complète et c'est ce qui en fait l'importance :

LA CONTINUITE DES SOINS PAR UNE MEME EQUIPE SOIGNANTE.

Il serait fâcheux d'envisager au sein de l'hôpital le regroupement des malades en hôpital de nuit. Il ne s'agirait plus en fait d'hôpital de nuit, mais d'une sorte de foyer mis à la disposition des malades.

A l'intérieur d'un service les malades qui ne sont jamais plus de 3 ou 4 à être en hôpital de nuit conservent le plus souvent leur chambre. En fonction des circonstances et selon les affinités, ils peuvent se regrouper entre eux. Dans une unité de soins, 3 malades en hôpital de nuit occupaient la même chambre depuis le début de leur séjour. Ils s'étaient créés entre eux des liens d'amitié, ils travaillaient régulièrement. L'un d'eux a quitté le service, le petit groupe s'est désintéressé ; l'un des malades a rechuté et a dû être hospitalisé à temps complet, l'autre a continué à travailler difficilement.

- Les indications

Les indications d'hôpital de nuit ne sont pas bien définies. Il faut y penser chaque fois qu'il s'agit d'aider un malade à reprendre la vie à l'extérieur et plus particulièrement pour une remise au travail, chez des malades qui ont tendance à une certaine passivité et qui ont besoin d'être "dynamisés". Parfois c'est le malade lui-même qui désire reprendre son travail en hôpital de nuit.

Au début de sa mise en application les indications ont été nombreuses : c'était une nouvelle technique et dans l'espoir d'une réadaptation, on souhaitait en faire bénéficier le plus grand nombre.

Au fil des années, les indications sont moins nombreuses. Il semble que cette technique institutionnelle s'adresse plus particulièrement aux psychotiques par le maniement du lien qui les relie à l'institution, justement parce que chez le psychotique la distanciation bipolaire moi - non moi est défaillante et qu'il a besoin de la fonction anaclitique de l'hôpital pour faire l'expérience du monde extérieur. Après une période aigüe ayant nécessité une hospitalisation complète, l'hôpital de nuit favorisera la réadaptation professionnelle tout en maintenant le contact étroit avec l'équipe soignante. Il s'agit souvent de malades isolés ou au contraire pourvus d'une famille qui n'aide en rien à la guérison. Mais l'hôpital de nuit n'est pas utilisé que chez les psychotiques comme nous l'avons vu dans le bilan clinique. Il sera utilisé chaque fois qu'il y aura un problème de réadaptation à l'extérieur ou de distanciation vis à vis de la famille.

Les entrées directes en hôpital de nuit sont peu fréquentes. Elles sont utilisées surtout pour les anciens malades du service qui sont déjà bien intégrés au groupe. Elles sont vécues difficilement par de nouveaux entrants qui étant absents une partie de la journée arrivent avec peine à s'intégrer au groupe et restent très isolés dans leur chambre.

L'hôpital de nuit était préférentiellement utilisé dans les services d'hommes mais depuis 3 ans on retrouve à peu près le même pourcentage d'utilisation chez les femmes qui travaillent plus depuis quelques années.

Il faut encore dire que l'hôpital de nuit est utilisé surtout pour des malades qui veulent reprendre le travail.

Pour le malade qui exerce une activité salariée en hôpital de nuit, il y a deux périodes très difficiles : la reprise du travail et la fin de l'hôpital de nuit.

- la reprise du travail

Les premières journées de travail en hôpital de nuit sont très difficiles et nous pensons à Mlle M... qui nous disait "c'est dur".

Il faut penser au traitement qui est peut-être bien supporté dans le cadre du service, mais qui devient trop lourd risquant de gêner une activité professionnelle.

Il faut penser à la somme d'énergie considérable que fournit un malade pour quitter le service, l'angoisse du départ : Mlle R... éclatait en sanglots à l'idée de reprendre un travail à mi-temps, reprise qui s'est traduite par un échec au bout de 8 jours et qui n'a pu être réussie qu'après encore 1 mois d'hospitalisation complète.

Après un temps plus ou moins long de vie à l'écart de tous les stress du monde actuel, c'est l'affrontement de l'extérieur, les transports, le bruit, la vitesse. Il a fallu qu'une infirmière accompagne une jeune malade pendant une semaine à son lieu de travail. Elle n'aurait pas pu s'y rendre autrement.

Pour compenser cette perte d'énergie considérable, il faudra que le retour à l'hôpital apporte des gratifications et un renforcement narcissique. Le moment du retour est le moment privilégié de l'hospitalisation pour le malade et pour l'équipe soignante, moment particulièrement important les premiers jours de la mise en hôpital de nuit, L'équipe soignante devra veiller à se rendre disponible pour écouter le malade, l'encourager, prendre sa demande de régression en considération.

- la fin du séjour

Ce sera la deuxième grande difficulté : le retour dans la famille souvent conflictuelle, dans un foyer, ou dans la solitude. Il est important que pendant l'hospitalisation puissent se tisser des liens d'amitié entre les malades. Cette sortie vécue avec satisfaction et un sentiment de revalorisation est vécue aussi avec appréhension et généralement elle se fera par paliers avec des retours programmés tous les week-ends ou 2-3 soirs par semaine. Mais le service reste un lieu ouvert où les malades peuvent venir faire un tour, bavarder un moment et repartir rassurés.

Pour les personnes seules cette sortie est difficile. Certains ont bénéficié de l'appartement de post-cure, d'autres trouvent un appartement à plusieurs et se prennent en charge mutuellement ce qui s'avère être une des meilleures solutions de sortie.

- l'hôpital de nuit : facteur dynamique

- . C'est un facteur dynamique pour l'équipe soignante qui voit en la personne du malade qui travaille une concrétisation de ses efforts.
- . Le malade qui travaille en hôpital de nuit apporte à son retour un peu de vie extérieure. C'est un facteur d'émulation pour les autres qui ont parfois envie eux aussi d'aller travailler. Mme S. M... disait :

"Quand je voyais J... qui travaillait et qui était si fatiguée je pensais qu'il fallait que j'aie travaillé"...

- les malades s'entraident, recherchent du travail pour les autres, certains les font embaucher dans leur usine.

- mais il faut veiller à ce que l'hôpital de nuit ne devienne pas un simple lieu de GARDIENNAGE qui n'aura plus alors son potentiel thérapeutique.

Le malade en hôpital de nuit a une double appartenance :

- au monde extérieur, il est capable de travailler, d'être adapté
- à l'hôpital en tant que malade ayant besoin de soins.

Cette double polarité peut entraîner des difficultés dans les relations soignants-soignés.

Il arrive que l'équipe soignante ne le reconnaisse plus comme un malade mais comme non-malade. Elle lui prête moins d'attention, oublie de garder son repas, ne s'inquiète pas de lui et le malade se sent abandonné "on ne s'occupe plus de moi". Il peut le verbaliser mais il peut aussi l'agir en étant très fatigué et dans l'incapacité d'aller travailler.

Difficulté aussi au niveau du malade qui par refus d'investir l'hôpital de nuit en tant que thérapeutique, par résistance au traitement fera tout pour passer inaperçu et l'équipe de dire "Il nous prend pour un hôtel..." "on ne le voit jamais". L'hôpital de nuit ne doit pas être un hôtel mais un lieu de soin. S'il devient un hôtel il faut se demander pourquoi.

Quand il commence à aller travailler, le malade change un peu de comportement. Il se sent revalorisé, c'est un travailleur comme les membres de l'équipe soignante. On dit "il n'a plus le même comportement". Il refuse parfois de se plier "aux corvées" du service, ce qui n'est pas toujours bien toléré et par les soignants et surtout par les autres soignés.

Au terme de ces réflexions il nous a semblé que l'hospitalisation de nuit était plus particulièrement utile chez des malades psychotiques parce que cette forme d'hospitalisation faisait intervenir un "espace intermédiaire" entre un dedans et un dehors, permettant une réinsertion dans le monde familial et socio-professionnel du malade.

L'hôpital de nuit n'est ni un foyer de post-cure, ni un hôtel. Il reste un lieu de soins avec l'aménagement par l'équipe soignante d'un temps de soin qui s'inscrit dans une perspective dynamique de réadaptation à la vie extérieure.

CONCLUSIONS

Nous avons essayé de montrer par cette étude la place de l'hospitalisation de nuit dans l'évolution des soins aux malades mentaux.

Nous avons vu que ce sont les conditions socio-économiques et culturelles qui ont contribué à la création des hospitalisations partielles en mettant l'accent sur la dimension sociologique de la maladie mentale. Cette évolution des faits et des idées a entraîné un élargissement de l'espace thérapeutique de l'hôpital (jusque-là, lieu de renfermement) jusqu'à la communauté et un diversement des techniques de soins.

L'hospitalisation de nuit vient s'ajouter aux autres formes d'hospitalisation partielles, mais cette technique particulière permet au malade de se réadapter à l'extérieur, de travailler tout en maintenant un contact étroit avec l'hôpital par un retour quotidien après une journée de travail.

Nous avons fait état d'un bilan général sur l'ensemble de l'hôpital du VINATIER depuis 1966, début de la mise en place de ce système d'hospitalisation, puis par un bilan clinique plus complet à l'intérieur d'un service, nous avons essayé de voir la façon dont l'hôpital de nuit intervenait dans le cours d'une hospitalisation à travers quelques observations de malades. A côté de son rôle plus spécifiquement social, nous avons émis l'hypothèse d'une dimension thérapeutique faisant intervenir l'hôpital de nuit en tant "qu'espace intermédiaire".

Nous pensons avoir montré que l'hospitalisation de nuit est une technique institutionnelle dont le fonctionnement très souple permet de l'adapter à la juste mesure et à la demande de chaque malade. Ce sera toujours un moyen de réadaptation, de réinsertion sociale qui sera envisagé différemment pour chaque malade et qui sera aussi envisagé différemment par chaque équipe soignante en fonction de son choix thérapeutique :
"A CHACUN SON HOPITAL DE NUIT".

Le Directeur
de l'U.E.R. LYON-NORD

Professeur J.P. GARIN

Le Président de la Thèse

Professeur J. GUYOTAT

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 7 septembre 1976

Le Président de l'Université
Claude Bernard LYON I

Professeur D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE

M. BALINT

Le défaut fondamental. Payot 1971 Collection Science de l'homme.

G. BENOIT et J.C. NATIN

L'hospitalisation de nuit. Démission ou thérapeutique.
Information psychiatrique 1968 Volume 44 n° 3.

G. BLEANDONU et M. DESPINOY

Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté.
Payot 1974. Collection Science de l'homme.

H. et A. DU COUEDIC

Bilan des six années de travail salarié en hospitalisation de nuit.
Information psychiatrique 1968. Volume 44 n° 3.

P. DUBOR

La régression
Article à paraître.

B. ESTRABOL

Les hospitalisations alternantes
Thèse Lyon 1974.

J. MINVIELLE

Hospitalisation de nuit et travail à l'extérieur. Bilan d'une expérience et possibilité d'extension.
Information psychiatrique 1968. Volume 44 n° 3.

M. MARIE-CARDINE

Le rôle de l'argent dans la relation thérapeutique
Thèse Lyon 1968.

P.C. RACAMIER

La cure de sommeil. Actualité de thérapeutique psychiatrique deuxième série.

P. 225-264 MASSON 1967.

D.W. WINNICOTT

Jeu et réalité.

Gallimard 1975. Connaissance de l'inconscient.

- oOo -

